

Université de Montréal

Analyse des trajectoires de soins et de services des personnes présentant un trouble  
concomitant : vers une amélioration des services selon une approche syndémique

*Par*

Isabelle St-Pierre

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine  
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse présentée

en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)

en sciences biomédicales

Juin 2025

© Isabelle St-Pierre, 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.



Université de Montréal

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine  
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

*Cette thèse intitulée*

**Analyse des trajectoires de soins et de services des personnes présentant un trouble  
concomitant : vers une amélioration des services selon une approche syndémique**

*Présentée par*

**Isabelle St-Pierre**

*A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes*

**Joanie Thériault**

Présidente-rapporteure

**Liette St-Pierre**

Directrice de recherche

**Christine Genest**

Membre du jury

**Karine Bertrand**

Examinatrice externe



## Résumé

**Contexte.** Les personnes présentant un trouble concomitant font face à des besoins complexes, difficilement comblés malgré l'existence de plusieurs services. En raison d'un accès limité et de ruptures dans la continuité des soins, ces personnes ont fréquemment recours aux services d'urgence. L'évaluation et la prise en charge demeurent fragmentées et l'influence des déterminants sociaux de la santé est peu examinée en contexte de soins, compromettant l'évolution favorable de l'état de santé de la personne. Une approche syndémique, qui considère la personne dans sa globalité, pourrait favoriser une réponse plus adéquate, mais peu d'études s'y sont intéressées dans ce contexte. Par ailleurs, les trajectoires de soins, outils pertinents pour obtenir une vision globale des soins et services dispensés, sont également peu étudiées chez cette population.

**Objectifs et méthodes.** Cette thèse par articles vise à caractériser les trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant transitant par l'urgence et les services de santé mentale et dépendance ainsi qu'explorer la perspective syndémique à partir de ces trajectoires. Une étude quantitative exploratoire et rétrospective a été réalisée à partir de 150 dossiers médicaux d'adultes provenant de quatre établissements de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Les données ont été extraites pour une période de 12 mois à partir des visites à l'urgence et des références vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Trois articles ont structuré cette thèse : le premier a décrit les trajectoires de soins à l'urgence à l'aide d'une analyse combinée par correspondances multiples et hiérarchique par regroupements. Le deuxième a caractérisé le portrait des services offerts et reçus et a aussi comparé ceux-ci selon les plus fréquents diagnostics émis au congé de l'urgence. Le troisième a présenté une étude de cas multiples (n = 3) afin d'explorer la perspective syndémique du trouble concomitant.

**Résultats.** Cinq trajectoires distinctes ont été identifiées à l'urgence (article 1), différenciées par la présence de consultations psychiatriques et de services offerts au congé ainsi que par l'implication des infirmières de liaison. Certaines trajectoires présentent des lacunes, limitant la prise en charge et la continuité des soins. Le deuxième article met en lumière une faible

proportion de références vers les services spécialisés, variable entre les cinq groupes. Toutefois, l'infirmière de liaison en dépendance est fréquemment impliquée. Les études de cas (article 3) révèlent des schémas d'utilisation des services reflétant une perspective syndémique du trouble concomitant, souvent associés à des besoins liés aux déterminants sociaux de la santé, nécessitant fréquemment une coordination avec les services externes.

**Conclusion.** Les trajectoires de soins observées révèlent des lacunes limitant la prestation de soins optimaux et créant un obstacle pour l'accès à des services spécialisés. Une approche syndémique intégrée, centrée sur les besoins globaux de la personne, serait favorable à une meilleure continuité des soins. Les infirmières pourraient jouer un rôle clé dans l'évaluation et l'accompagnement vers des soins adaptés. De nombreuses opportunités d'amélioration sont possibles, notamment la mise en place d'équipes intégrées et le renforcement de liens de collaboration entre les services.

**Mots-clés :** trouble concomitant, trouble de santé mentale, trouble lié à l'usage de substances, syndémie, approche intégrée, trajectoires de soins, continuité des soins

## Abstract

**Background.** Individuals with dual disorders face complex needs that are often unmet despite the availability of various services. Limited access and disruptions in care continuity frequently lead them to seek help through emergency services. Assessment and treatment remain fragmented, and the influence of social determinants of health is seldom considered in care settings, compromising the potential for positive health outcomes. A syndemic approach, which considers individuals holistically, could provide a more appropriate response; however, few studies have examined this perspective in the context of dual disorders. Additionally, care pathways—valuable tools for gaining a comprehensive view of service use—have been rarely explored in this population.

**Objectives and Methods.** This article-based thesis aims to characterize the care pathways of individuals with dual disorders who use emergency and mental health and addiction services, and to explore the syndemic perspective through these pathways. A quantitative, exploratory, and retrospective study was conducted using medical records from 150 adults across four facilities in the Mauricie–Centre-du-Québec region. Data were extracted over a 12-month period, focusing on emergency department visits and referrals to first- and second-line services. The thesis comprises three articles: the first described emergency care pathways using a combined multiple correspondence analysis and hierarchical clustering; the second characterized the services received and compared them according to the most frequent discharge diagnoses; and the third presented a multiple case study ( $n = 3$ ) to explore the syndemic perspective of dual disorder.

**Results.** Five distinct emergency care pathways were identified (article 1), differentiated by the presence of psychiatric consultations, the services provided at discharge, and the involvement of liaison nurses. Some care pathways revealed service gaps that hindered care delivery and continuity. The second article highlighted a low proportion of referrals to specialized services, with variations across the five diagnostic groups. Notably, addiction liaison nurses were involved in 83% of visits. The case studies (article 3) identified service utilization patterns aligned with a

syndemic perspective of dual disorders, often linked to unmet needs associated with social determinants of health and requiring coordination with external services.

**Conclusion.** The identified care pathways reveal critical gaps that hinder the delivery of optimal care and limit access to specialized services. An integrated syndemic approach, centered on the individual's overall needs, could enhance care continuity. Nurses are well-positioned to play a pivotal role in assessment and navigation toward appropriate services. Several opportunities for improvement are feasible, including the implementation of integrated care teams and strengthened interservice collaboration.

**Keywords:** dual disorder, mental health disorder, substance use disorder, syndemic, integrated care, care pathway, continuity of care

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| RÉSUMÉ .....  | 5         |
| ABSTRACT .....  | 7         |
| TABLE DES MATIÈRES .....  | 9         |
| LISTE DES TABLEAUX .....  | 17        |
| LISTE DES FIGURES .....   | 18        |
| LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....  | 19        |
| REMERCIEMENTS .....   | 23        |
| AVANT-PROPOS .....  | 25        |
| INTRODUCTION .....  | 29        |
| ORGANISATION DE LA THÈSE .....  | 30        |
| <b>CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE .....</b>   | <b>33</b> |
| 1.1 TROUBLES DE SANTÉ MENTALE .....   | 33        |
| 1.2 TROUBLES LIÉS À L’USAGE DE SUBSTANCES .....   | 34        |
| 1.3 TROUBLE CONCOMITANT .....   | 37        |
| 1.3.1 Complexité du trouble concomitant .....   | 38        |
| 1.3.2 Hétérogénéité de la population .....  | 39        |
| 1.3.3 Perspective syndémique du trouble concomitant .....   | 40        |
| 1.4 SERVICES ET SOINS DE SANTÉ .....  | 42        |
| 1.4.1 Utilisation et accessibilité des services .....   | 42        |
| 1.4.1.1 Services de 1 <sup>e</sup> ligne (services de soins primaires) .....                        | 43        |
| 1.4.1.2 Services de 2 <sup>e</sup> ligne (services spécialisés) .....                               | 43        |
| 1.4.1.3 Services de 3 <sup>e</sup> ligne (services surspécialisés) .....                            | 45        |
| 1.4.1.4 Services communautaires .....   | 45        |
| 1.4.2 La nécessité d’utiliser une approche intégrée .....   | 47        |
| 1.5 LE DERNIER RECOURS : LES SERVICES D’URGENCE .....   | 50        |
| 1.5.1 Prise en charge du trouble concomitant dans les services d’urgence .....                      | 51        |
| 1.5.2 La nécessité d’une continuité des soins et d’une transition efficace .....                    | 52        |
| 1.6 TRAJECTOIRES DE SOINS ET DE SERVICES POUR LE TROUBLE CONCOMITANT .....                          | 54        |
| 1.6.1 Les trajectoires de soins aux services d’urgence et l’arrimage avec les autres services ..... | 55        |

|   |           |
|---|-----------|
| 1.7 VUE D'ENSEMBLE DE LA PROBLÉMATIQUE DU TROUBLE CONCOMITANT ET DE SA PRISE EN CHARGE.....         | 56        |
| <b>CHAPITRE 2 – CADRE CONCEPTUEL ET RECENSION DES ÉCRITS.....</b>                                   | <b>59</b> |
| 2.1 LES MODÈLES DE SOINS .....  | 59        |
| 2.1.1 <i>Historique du modèle de soins par étapes</i> .....   | 62        |
| 2.1.2 <i>Description du modèle de soins par étapes</i> .....  | 66        |
| 2.1.3 <i>Pourquoi choisir le modèle par étapes ?</i> .....  | 68        |
| 2.2 LE TROUBLE CONCOMITANT.....   | 70        |
| 2.2.1 <i>Inadéquation du système nosologique</i> .....  | 71        |
| 2.2.2 <i>Hétérogénéité des définitions</i> .....  | 71        |
| 2.2.3 <i>Modèles étiologiques du trouble concomitant</i> .....                                      | 72        |
| 2.2.3.1 <b>Modèle du TUS secondaire</b> .....   | 72        |
| 2.2.3.2 <b>Modèle du TSM secondaire</b> .....   | 73        |
| 2.2.3.3 <b>Modèle des facteurs communs</b> .....  | 73        |
| 2.2.3.4 <b>Modèle bidirectionnel</b> .....  | 74        |
| 2.2.3.5 <b>Absence de relation étiologique</b> .....  | 74        |
| 2.2.4 <i>La relation dynamique de maintien dans le trouble concomitant</i> .....                    | 75        |
| 2.3 LA SYNDÉMIE DU TROUBLE CONCOMITANT .....  | 77        |
| 2.3.1 <i>Concept de syndémie</i> .....  | 77        |
| 2.3.2 <i>Qu'est-ce qu'une syndémie?</i> .....   | 79        |
| 2.3.2.1 <b>Facteurs biologiques</b> .....   | 80        |
| 2.3.2.2 <b>Facteurs sociaux</b> .....   | 81        |
| 2.3.2.3 <b>Facteurs structurels et environnements non favorables</b> .....                          | 83        |
| 2.3.3 <i>Le trouble concomitant : l'exemple parfait d'une syndémie</i> .....                        | 84        |
| 2.4 DISPENSATION DES SERVICES .....   | 86        |
| 2.4.1 <i>Historique du clivage entre les services de santé mentale et de dépendance</i> .....       | 87        |
| 2.4.2 <i>Situation actuelle pour la dispensation des services pour le trouble concomitant</i> ..... | 89        |
| 2.5 APPROCHE INTÉGRÉE.....  | 91        |
| 2.5.1 <i>Types d'intégration</i> .....  | 92        |
| 2.5.2 <i>Domaines d'intégration</i> .....   | 93        |
| 2.5.3 <i>Définition</i> .....   | 95        |
| 2.5.4 <i>Les meilleures pratiques canadiennes pour les troubles concomitants</i> .....              | 96        |
| 2.6 TRAJECTOIRE DE SOINS ET DE SERVICES .....   | 101       |
| 2.6.1 <i>Définition</i> .....   | 101       |
| 2.6.2 <i>Avantages</i> .....  | 102       |
| 2.6.3 <i>Les trajectoires de soins pour les TSM et les TUS</i> .....                                | 104       |

|   |            |
|---|------------|
| 2.6.4 Les trajectoires de soins pour le trouble concomitant .....                         | 106        |
| 2.7 LA PERTINENCE DE CETTE THÈSE .....  | 108        |
| 2.8 OBJECTIFS DE RECHERCHE ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....                                | 111        |
| <b>CHAPITRE 3 – MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE .....</b>   | <b>113</b> |
| 3.1 DEVIS DE RECHERCHE .....  | 113        |
| 3.2 ZONE D'ÉTUDE .....  | 114        |
| 3.3 POPULATION .....  | 115        |
| 3.4 SÉLECTION DES DOSSIERS MÉDICAUX .....   | 115        |
| 3.5 SÉLECTION DES VARIABLES .....   | 118        |
| 3.6 COLLECTE DES DONNÉES .....  | 120        |
| 3.7 ANALYSES DES DONNÉES .....  | 122        |
| 3.7.1 Analyses pour le premier objectif .....   | 123        |
| 3.7.2 Analyses pour le deuxième objectif .....  | 125        |
| 3.7.3 Analyses pour le troisième objectif .....   | 126        |
| <b>CHAPITRE 4 – RÉSULTATS .....</b>   | <b>131</b> |
| 4.1 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES .....                                       | 131        |
| 4.1.1 Antécédents médicaux physiques .....  | 134        |
| 4.1.2 Médication prescrite .....  | 135        |
| 4.2 NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE ET TRIAGE .....   | 136        |
| 4.2.1 Nombre de visites aux services d'urgence .....                                      | 136        |
| 4.2.2 Raisons de consultation à l'urgence .....   | 137        |
| 4.2.3 Heures de triage .....  | 138        |
| 4.2.4 Consultations en psychiatrie selon le quart de travail .....                        | 139        |
| 4.2.5 Départs avant l'évaluation médicale et taux de réadmission .....                    | 140        |
| 4.3 DÉLAIS D'ATTENTE ET DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR .....                                   | 141        |
| 4.3.1 Délais d'attente pour l'évaluation médicale et la consultation en psychiatrie ..... | 141        |
| 4.3.2 Durées moyennes de séjour .....   | 142        |
| 4.4 DISCUSSION DES RÉSULTATS DU PRÉSENT CHAPITRE .....                                    | 142        |
| <b>CHAPITRE 5 – ARTICLE 1 .....</b>   | <b>145</b> |
| FUNDING .....   | 146        |
| ABSTRACT .....  | 147        |
| INTRODUCTION .....  | 148        |
| <i>Overview of dual disorder</i> .....  | 148        |

|  |            |
|--|------------|
| <i>Dual Disorders: Emergency Department Visits and Associated Costs</i> .....      | 148        |
| <i>Care Pathways: A Key Tool for Identifying and Addressing Service Gaps</i> ..... | 149        |
| <i>Care Pathways and Dual Disorder</i> .....                                       | 150        |
| MATERIAL AND METHODS .....   | 151        |
| <i>Sample selection</i> .....  | 151        |
| <i>Variable selection</i> .....  | 153        |
| <i>Data collection</i> .....   | 154        |
| <i>Statistical analyses</i> .....  | 155        |
| RESULTS .....  | 156        |
| <i>Descriptive analyses</i> .....  | 156        |
| <i>MCA and Cluster Analyses</i> .....  | 159        |
| DISCUSSION.....  | 161        |
| <i>Emergency Department Care Pathways of Individuals with Dual Disorders</i> ..... | 162        |
| <i>Clinical Implications and Improvement Opportunities</i> .....                   | 167        |
| <i>Strengths and Limitations</i> .....   | 168        |
| <i>Conclusion</i> .....  | 169        |
| <i>Acknowledgments</i> .....   | 170        |
| <i>Ethics approval</i> .....   | 170        |
| <i>Declarations</i> .....  | 170        |
| REFERENCES .....   | 171        |
| <b>CHAPITRE 6 – ARTICLE 2</b> .....  | <b>183</b> |
| ABSTRACT .....   | 184        |
| INTRODUCTION.....  | 185        |
| METHODS .....  | 188        |
| <i>Variables</i> .....   | 189        |
| <i>Data collection</i> .....   | 191        |
| <i>Statistical analyses</i> .....  | 192        |
| RESULTS .....  | 193        |
| DISCUSSION.....  | 199        |
| <i>Outpatient services and characteristics of referrals</i> .....                  | 199        |
| <i>Referrals and services among the five groups</i> .....                          | 200        |
| STRENGTHS AND LIMITATIONS .....  | 203        |
| IMPLICATIONS FOR HEALTH SERVICES .....   | 204        |
| ACKNOWLEDGMENTS.....   | 206        |
| AUTHOR’S CONTRIBUTION .....  | 206        |

|   |            |
|---|------------|
| FUNDING .....   | 207        |
| DECLARATIONS.....   | 207        |
| REFERENCES .....  | 208        |
| <b>CHAPITRE 7 – ARTICLE 3 .....</b>   | <b>217</b> |
| RÉSUMÉ FRANÇAIS .....   | 218        |
| RÉSUMÉ ANGLAIS.....   | 219        |
| INTRODUCTION.....   | 220        |
| <i>La complexité du trouble concomitant.....</i>  | <i>220</i> |
| <i>Le trouble concomitant et la perspective syndémique.....</i>                           | <i>221</i> |
| MÉTHODES .....  | 223        |
| <i>Sources de données et méthodes de collecte .....</i>                                   | <i>225</i> |
| <i>Approche méthodologique et cadre de référence.....</i>                                 | <i>225</i> |
| <i>Analyses .....</i>   | <i>227</i> |
| RÉSULTATS.....  | 228        |
| <i>Contexte du réseau de la santé et des services sociaux de la région d'étude .....</i>  | <i>228</i> |
| <i>Intra-cas #1 : Mathieu.....</i>  | <i>235</i> |
| <i>Intra-cas #2 : Ariane.....</i>   | <i>236</i> |
| <i>Intra-cas #3 : Stéphane .....</i>  | <i>238</i> |
| <i>Analyse inter-cas.....</i>   | <i>243</i> |
| DISCUSSION.....   | 244        |
| <i>Présence de la syndémie du trouble concomitant sur les trajectoires de soins .....</i> | <i>245</i> |
| <i>Impact de la syndémie du trouble concomitant sur l'utilisation des services.....</i>   | <i>246</i> |
| <i>Pistes de solutions / implications cliniques.....</i>                                  | <i>248</i> |
| FORCES ET LIMITES .....   | 250        |
| CONCLUSION .....  | 251        |
| REMERCIEMENTS .....   | 251        |
| CONTRIBUTION DES AUTEURES .....   | 252        |
| FINANCEMENT .....   | 252        |
| DÉCLARATION ÉTHIQUE .....   | 252        |
| DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS .....   | 252        |
| RÉFÉRENCES .....  | 253        |
| <b>CHAPITRE 8 : DISCUSSION INTÉGRÉE.....</b>  | <b>265</b> |
| 8.1 RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA THÈSE .....                    | 265        |
| 8.2 GRANDS CONSTATS .....   | 267        |

|         |   |            |
|---------|---|------------|
| 8.2.1   | <i>Premier constat : la perspective syndémique du trouble concomitant</i> .....   | 267        |
| 8.2.2   | <i>Deuxième constat : des éléments contribuant au maintien de la syndémie</i> .....   | 269        |
| 8.2.2.1 | <b>Identification et dépistage du trouble concomitant : la pierre d’assise du continuum de soins et de services (micro)</b> .....                         | 270        |
| 8.2.2.2 | <b>Sous-évaluation des déterminants sociaux de la santé (niveau micro)</b> .....  | 273        |
| 8.2.2.3 | <b>Accès aux soins et aux services (Mésos)</b> .....  | 276        |
| 8.2.2.4 | <b>Discontinuité des soins et des services (niveau méso)</b> .....  | 279        |
| 8.2.3   | <i>Troisième constat : certaines trajectoires de soins actuelles ne permettent pas d’offrir des soins selon une approche intégrée et syndémique</i> ..... | 283        |
| 8.2.4   | <i>Quatrième constat : la pertinence d’une vision plus élargie au niveau systémique</i> .....   | 288        |
| 8.3     | <b>STRATÉGIES D’AMÉLIORATION – RECOMMANDATIONS</b> .....  | 290        |
| 8.3.1   | <i>Perspective syndémique du trouble concomitant (niveau micro)</i> .....   | 291        |
| 8.3.1.1 | <b>Dépistage et identification du trouble concomitant</b> .....   | 292        |
| 8.3.1.2 | <b>Évaluation incluant la santé physique et les déterminants sociaux de la santé</b> .....  | 292        |
| 8.3.1.3 | <b>Spécificité des outils de dépistage et d’évaluation</b> .....  | 294        |
| 8.3.1.4 | <b>Acquisition d’une compétence structurelle chez les professionnels</b> .....  | 294        |
| 8.3.2   | <i>Accès et continuité des soins et services (niveau méso)</i> .....  | 296        |
| 8.3.2.1 | <b>Rehaussement des rôles professionnels</b> .....  | 296        |
| 8.3.2.2 | <b>Mise en place ou renforcement d’équipes spécifiques</b> .....  | 299        |
| 8.3.2.3 | <b>Modèles d’approche intégrée et syndémique</b> .....  | 301        |
| 8.3.2.4 | <b>Continuité des soins à l’ère du numérique</b> .....  | 303        |
| 8.3.3   | <i>Conceptualisation innovante d’une trajectoire de soins (niveau macro)</i> .....  | 306        |
| 8.3.4   | <i>Améliorations au niveau socio-politique</i> .....  | 312        |
| 8.3.4.1 | <b>Création de lignes directrices québécoises pour le trouble concomitant</b> .....   | 313        |
| 8.3.4.2 | <b>Inégalités sociales de santé et politiques publiques</b> .....   | 314        |
| 8.4     | <b>FORCES ET LIMITES DE LA THÈSE</b> .....  | 315        |
| 8.5     | <b>CONTRIBUTIONS ORIGINALES À L’AVANCÉE DES CONNAISSANCES</b> .....   | 317        |
| 8.6     | <b>IMPLICATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES</b> .....   | 319        |
| 8.6.1   | <i>Implications théoriques</i> .....  | 319        |
| 8.6.2   | <i>Implications au niveau socio-politique</i> .....   | 319        |
| 8.6.3   | <i>Implications pour la recherche</i> .....   | 320        |
| 8.6.4   | <i>Implications pour la discipline infirmière</i> .....   | 321        |
| 8.6.5   | <i>Implications cliniques</i> .....   | 322        |
| 8.7     | <b>SUGGESTIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES</b> .....   | 322        |
|         | <b>CONCLUSION</b> .....   | <b>325</b> |
|         | <b>RÉFÉRENCES</b> .....   | <b>329</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>ANNEXE A – APPROBATION DE L'ÉTUDE (CER-2016-027).....</b>                                  | <b>381</b> |
| <b>ANNEXE B – TRAJECTOIRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE ADULTE.....</b>                           | <b>385</b> |
| <b>ANNEXE C – TRAJECTOIRE DE SOINS À L'URGENCE ÉLABORÉE POUR LE PROJET DE RECHERCHE .....</b> | <b>386</b> |
| <b>ANNEXE D – FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN SANTÉ MENTALE ADULTE .....</b>                       | <b>387</b> |
| <b>ANNEXE E – FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN DÉPENDANCE.....</b>                                  | <b>390</b> |



## Liste des tableaux

|  |     |
|--|-----|
| TABLEAU A.1 - APERÇU DES ARTICLES INCLUS DANS LA THÈSE.....  | 30  |
| TABLEAU 1.1. – PRÉVALENCE DES TROUBLES LIÉS À L’USAGE DE SUBSTANCES DANS LA DERNIÈRE ANNÉE.....                                    | 36  |
| TABLEAU 2.1. – DESCRIPTION ABRÉGÉE DU MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES.....  | 66  |
| TABLEAU 2.2. - FACTEURS ASSOCIÉS À LA SYNDÉMIE DU TROUBLE CONCOMITANT ET RAPPORTÉS DANS LA<br>LITTÉRATURE .....                    | 85  |
| TABLEAU 2.3. - PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DIFFÉRENCIANT LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET EN<br>DÉPENDANCE .....                  | 87  |
| TABLEAU 2.4. – DOMAINES D’INTÉGRATION SELON LE CADRE CONCEPTUEL DE VALENTIJN ET AL. (2013).....                                    | 94  |
| TABLEAU 3.1– CATÉGORIES ET VARIABLES ASSOCIÉES .....   | 119 |
| TABLEAU 3.2. – DÉFINITION ET EXEMPLES DE FACTEURS SYNDÉMIQUES DU TROUBLE CONCOMITANT.....  | 128 |
| TABLEAU 4.1 - CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....                                     | 132 |
| TABLEAU 4.2 - FRÉQUENCE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE SELON LE SEXE BIOLOGIQUE (N = 150).....                                      | 133 |
| TABLEAU 4.3. - FRÉQUENCE DES TUS SELON LE SEXE BIOLOGIQUE (N = 150).....   | 134 |
| TABLEAU 4.4. - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PHYSIQUES (N = 150).....   | 135 |
| TABLEAU 4.5. - MÉDICAMENT PRESCRIT (N = 150).....  | 136 |
| TABLEAU 4.6 - RAISONS DE CONSULTATION (N = 701).....   | 138 |
| TABLEAU 4.7 – DÉPARTS AVANT ÉVALUATION MÉDICALE ET TAUX DE RÉADMISSION À L’URGENCE.....  | 141 |
| TABLEAU 4.8. - DÉLAIS D’ATTENTE POUR L’ÉVALUATION MÉDICALE ET LA CONSULTATION EN PSYCHIATRIE.....                                  | 141 |
| TABLEAU 4.9. - DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR AUX SERVICES D’URGENCE ET EN PÉRIODE D’HOSPITALISATION..                                  | 142 |
| TABLEAU 5.1. - VARIABLE CATEGORIES.....  | 153 |
| TABLEAU 5.2. - DEMOGRAPHIC AND MEDICAL CHARACTERISTICS OF THE STUDY POPULATION .....   | 157 |
| TABLEAU 5.3. - CHARACTERISTICS OF ED VISITS RELATED TO MENTAL HEALTH OR SUBSTANCE USE ISSUES .....                                 | 158 |
| TABLEAU 5.4. - ED CARE ASSOCIATED WITH EACH CLUSTER (N=474 VISITS) .....   | 160 |
| TABLEAU 6.1. - VARIABLE CATEGORIES.....  | 191 |
| TABLEAU 6.2. - CHARACTERISTICS OF SERVICE REFERRALS.....   | 193 |
| TABLEAU 6.3. - CHARACTERISTICS BY GROUPS.....  | 196 |
| TABLEAU 7.1. – CATÉGORIES ET VARIABLES ASSOCIÉES .....   | 224 |
| TABLEAU 7.2. – DÉFINITION ET EXEMPLES DE FACTEURS SYNDÉMIQUES DU TROUBLE CONCOMITANT.....  | 227 |
| TABLEAU 7.3. – SERVICES ET CARACTÉRISTIQUES .....  | 229 |
| TABLEAU 7.4. – CARACTÉRISTIQUES DES TROIS CAS SELON LE CADRE DE RÉFÉRENCE DES FACTEURS SYNDÉMIQUES<br>DU TROUBLE CONCOMITANT ..... | 233 |

## Liste des figures

|   |     |
|---|-----|
| FIGURE 2.1. – MODÈLE DES MALADIES CHRONIQUES .....  | 60  |
| FIGURE 2.2. – MODÈLE DES QUATRE QUADRANTS.....  | 61  |
| FIGURE 2.3. – CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX DIFFÉRENTS NIVEAUX .....   | 63  |
| FIGURE 2.4. - MODÈLE À NIVEAUX.....   | 64  |
| FIGURE 2.5. - MODÈLE DE CONTINUUM INTÉGRÉ DES SERVICES DE PROXIMITÉ.....                                      | 65  |
| FIGURE 2.6. – MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES UTILISÉ DANS CETTE THÈSE.....  | 69  |
| FIGURE 2.7. - CYCLE DE L’ASSUÉTUDE.....   | 76  |
| FIGURE 3.1. – FORMULE DE COCHRAN .....  | 116 |
| FIGURE 3.2. – DIAGRAMME DE FLUX POUR LA SÉLECTION DE L’ÉCHANTILLON.....                                       | 117 |
| FIGURE 3.3. – EXTRAIT DE LA BANQUE DE DONNÉES .....   | 121 |
| FIGURE 3.4. – MODÈLE DE RÉFÉRENCE DES FACTEURS SYNDÉMIQUES DU TROUBLE CONCOMITANT .....                       | 127 |
| FIGURE 4.1. - NOMBRE DE VISITES À L’URGENCE (N = 701) .....   | 137 |
| FIGURE 4.2. - FRÉQUENCE DES VISITES SELON L’HEURE DE TRIAGE ET LES QUARTS DE TRAVAIL (N = 701) .....          | 139 |
| FIGURE 4.3. - FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS EN PSYCHIATRIE SELON L’HEURE ET LES QUARTS DE TRAVAIL ....          | 140 |
| FIGURE 5.1. - SAMPLE SELECTION FLOWCHART .....  | 152 |
| FIGURE 7.1. – CADRE DE RÉFÉRENCE DES FACTEURS SYNDÉMIQUES DU TROUBLE CONCOMITANT .....                        | 226 |
| FIGURE 7.2. – SÉRIES TEMPORELLES DES SERVICES DE 1 <sup>E</sup> ET 2 <sup>E</sup> LIGNE OFFERTS ET REÇUS..... | 241 |
| FIGURE 7.3. – SÉRIES TEMPORELLES DES VISITES À L’URGENCE.....   | 242 |
| FIGURE 8.1. – CONCEPTUALISATION DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS À L’URGENCE.....                                   | 308 |
| FIGURE 8.2. – CONCEPTUALISATION DU CONTINUUM DE SOINS DANS LES SERVICES EXTERNES .....                        | 309 |

## Liste des sigles et abréviations

APA : American Psychiatric Association

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

CECTC : Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants

CÉR : Comité d'éthique pour la recherche

CIUSSSMCQ : Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux et de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

CRD : Centre de réadaptation en dépendance

CTAS : Canadian triage and acuity scale

CTSM : Centre de toxicomanie et de santé mentale

ED : Emergency department

GASMA : Guichet d'accès en santé mentale adulte

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

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPSSM : Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MASM : Mécanisme d'accès en santé mentale

MCA : Multiple correspondence analysis

MHD : Mental health disorder

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAID : Plan d'action interministériel en dépendance

PAII : Plan d'action interministériel en itinérance

PAISM : Plan d'action interministériel en santé mentale

PAJSM : Programme d'accompagnement justice et santé mentale

PHC : Primary healthcare

SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SIF : Suivi d'intensité flexible

SIM : Suivi intensif dans le milieu

SIV : Soutien d'intensité variable

SMA : Santé mentale adulte

SSOS : Specialized substance use outpatient services

SUD : Substance use disorder

TSM : Trouble de santé mentale

TUS : Trouble lié à l'usage de substances

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

« I like to envision the whole world as a jigsaw puzzle ... If you look at the whole picture, it is overwhelming and terrifying, but if you work on your little part of the jigsaw and know that people all over the world are working on their little bits, that's what will give you hope. »

-Jane Goodall



## Remerciements

Un doctorat est parsemé de joies, d'excitation, de moments d'inspiration salutaires, mais il est également jonché d'embûches, de déception, de découragement et d'épreuves de vie. Et c'est dans tous ces moments qu'on se sent choyée d'être accompagnée et soutenue. J'ai eu l'incroyable chance d'être entourée de personnes merveilleuses qui, chacune à leur manière, m'ont permis de réaliser ce parcours et de le poursuivre jusqu'à la fin.

Un énorme merci tout d'abord à ma directrice Liette St-Pierre qui m'a soutenue pendant toutes ces années, qui m'a constamment accompagnée dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Merci pour ta présence empathique, ton intégrité, tes conseils avisés, d'avoir respecté mon rythme, d'avoir cru en moi et de m'avoir guidée dans les dédales d'un parcours doctoral.

Je tiens également à remercier les membres du jury, Professeure Joanie Thériault, Professeure Christine Genest, Professeure Karine Bertrand et les personnes représentantes des doyens pour leurs intérêts et leurs contributions dans ce projet.

Un merci spécial à Johana Monthuy-Blanc et à toute l'équipe du Loricorps avec lesquelles j'ai acquis une plus grande autonomie, de la rigueur et un esprit de synthèse plus aiguisé.

Je remercie également les organismes subventionnaires qui ont cru en mon projet et m'ont soutenue financièrement : le programme MES-Universités, le RRISQ et la Chaire IRISS. Plusieurs personnes ont également été impliquées à différents niveaux : Numea, Marie-Claude Bonneville et Traductions Dupont.

Merci à mes collègues de l'UQO et anciens de l'UQTR qui ont gravité autour de moi pour me motiver et m'aider à avancer.

Un merci tout spécial à mes collègues Lysane, Isabelle, Pierre et Gabriela, devenus des ami.es ainsi qu'à Mélissa, Marie-Ève, ma sœur Maryse et ma gang de Girls qui, par leur bienveillance, leur présence, leur soutien, leurs conseils, les soupers formels et moins formels (!), leur pep talk dans les moments plus difficiles m'ont aidée à avancer, à m'intégrer dans mon rôle de

professeure, à décrocher quand il le fallait et à ventiler, vous avez contribué fortement à mon équilibre de vie.

Merci à tous ceux et celles avec qui j'ai fait des tomates, dont Maxime, Geneviève, Valérie, Maripier, sans oublier mes collègues de Thèsez-vous et tous ceux et celles avec qui j'ai partagé des heures incalculables de rédaction, on en a fait des batchs de sauce tomate! Votre soutien a été précieux!

Enfin, je tiens à rendre hommage à ma famille. Tout d'abord, mes parents Yvon et Thérèse, qui m'ont appris à persévérer, avancer avec confiance dans la vie et ne pas abandonner. Ils ont toujours été là pour moi et m'ont offert leur amour et leur aide inconditionnels afin que je puisse prendre le temps nécessaire pour guérir, remonter la pente, foncer et arriver au fil d'arrivée.

Mike, Julianne... vous êtes mon équilibre et ma force, une des raisons pour laquelle je n'ai pas abandonné, même si c'était parfois si difficile. Vous m'avez encouragée, supporté mes sautes d'humeur! Mike, tu as tenu le fort pendant toutes ces années, même si ce n'était pas facile pour toi aussi, je t'en remercie mille fois. Julianne, tu es si importante dans ma vie, tu m'as encouragée en me disant d'aller faire des tomates pour avancer, tu as été ma source de motivation, je vous aime à l'infini X 1097!

## Avant-propos

Depuis le début de ma pratique comme infirmière clinicienne, j'ai pris conscience à quel point les problématiques de santé mentale sont présentes, peu importe la forme ou la sévérité. Le constat s'est révélé d'autant plus notable au début de mon mandat comme chargée de projet pour l'implantation d'une clinique de suivi et de traitement de l'hépatite C au CLSC de Trois-Rivières. Les problématiques de santé mentale, liées à la consommation de substances et les troubles de santé physique, s'y côtoient intimement et parfois ne semblent former qu'un, tellement elles s'influencent mutuellement.

En mars 2016, le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ) a contacté l'équipe de chercheurs de la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), dont ma directrice de thèse, Mme Liette St-Pierre, est la co-titulaire. Le mandat consistait à analyser la trajectoire de soins et de services des personnes présentant un trouble concomitant et visitant les services d'urgence pour une problématique liée à la santé mentale ou à la consommation de substances afin d'obtenir un portrait clinique de cette population. Cette demande a été le point de départ pour mon projet de thèse.

## Introduction

En 2015, la sortie du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (MSSS, 2015a) mettait de l'avant l'importance d'offrir des services de qualité à la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale. La situation est d'autant plus complexifiée lorsque des problématiques liées à la consommation de substances s'y ajoutent. Encore aujourd'hui, cette clientèle fait souvent partie du groupe des grands utilisateurs de services d'urgence et leur profil d'utilisation des soins tend à démontrer que le problème majeur n'est pas la condition clinique des personnes mais porte plutôt sur le manque de cohésion et d'arrimage des services (MSSS, 2015a).

Toujours en 2015, la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ne faisait pas exception à cette règle. Les personnes présentant un trouble concomitant étaient nombreuses à utiliser les services d'urgence et les coûts sociétaux associés à ces services et à l'hospitalisation étaient élevés. Peu de services semblaient offerts en amont des services d'urgence pour cette population. De plus, la consolidation des services de 1<sup>e</sup> ligne suite à la réforme des services de santé et services sociaux en avril 2015 a aussi entraîné de nouvelles façons de faire, nécessitant un arrimage entre les différents services offerts par les anciens établissements de santé et services sociaux. Les personnes présentant un trouble concomitant se retrouvaient donc fréquemment dans un vide administratif qui occasionnait des délais dans leur prise en charge. Par exemple, une étude réalisée en 2014 par le CSSS Drummond faisait ressortir que le délai d'attente moyen pour consulter l'équipe de base en santé mentale était de 38,5 jours et il était de 22 jours pour l'accès aux services de soutien d'intensité variable. Les problématiques semblaient se situer au niveau du développement et de la consolidation des services offerts en 1<sup>e</sup> ligne, ce qui engendrait des enjeux au niveau de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des soins offerts à cette clientèle. De plus, les trajectoires de soins et de services empruntées par les personnes présentant un trouble concomitant n'étaient pas standardisées. Aucune donnée n'était disponible sur la situation actuelle pour informer et éclairer les gestionnaires et les équipes cliniques afin de pouvoir améliorer les processus.

En mars 2016, une équipe de chercheurs de l’UQTR a été mandatée afin de caractériser le portrait des personnes présentant un trouble concomitant et visitant les services d’urgence ainsi que documenter la trajectoire de soins et de services de cette population. Le projet doctoral présenté ici est le fruit des démarches effectuées pour ce projet.

## Organisation de la thèse

Cette thèse est présentée sous forme de thèse par articles. Le [tableau A.1](#) présente un aperçu de ces trois articles.

Tableau A.1 - Aperçu des articles inclus dans la thèse

| Articles  | Contribution à la thèse |
|---|-------------------------|
| Étude 1 : Soumis à <i>Advances in Mental Health</i> en décembre 2024  | Objectif 1 de la thèse  |
| St-Pierre, I., Monthuy-Blanc, J., & St-Pierre, L. (2025). Emergency Department Visits of Individuals with Dual Disorders: An Exploratory Care Pathways Analysis   | Chapitre 5              |
| Étude 2 : Publié en novembre 2024 dans <i>Discover Health Systems</i>   | Objectif 2 de la thèse  |
| St-Pierre, I., & St-Pierre, L. (2024). Ensuring Continuity of Care for Dual Disorder: Overview of Outpatient Services After Emergency Department Discharge. <i>Discover Health Systems</i> , 3, 102. <a href="https://doi.org/10.1007/s44250-024-00167-6">https://doi.org/10.1007/s44250-024-00167-6</a>  | Chapitre 6              |
| Étude 3 : Publié en décembre 2025 dans <i>Drogues, santé et sociétés</i>  | Objectif 3 de la thèse  |
| St-Pierre, I. & St-Pierre, L. (2025). Le trouble concomitant selon une perspective syndémique : une étude de cas multiples. <i>Drogues, santé et société</i> , 23(2). <a href="https://drogues-sante-societe.ca/le-trouble-concomitant-selon-une-perspective-syndemique-une-etude-de-cas-multiples/">https://drogues-sante-societe.ca/le-trouble-concomitant-selon-une-perspective-syndemique-une-etude-de-cas-multiples/</a> | Chapitre 7              |

À la suite de la présente section, cette thèse se décline en huit chapitres. Dans un premier temps, la problématique liée au trouble concomitant est présentée, suivie par le cadre conceptuel et la recension des écrits dans le deuxième chapitre, qui inclut également les objectifs de la thèse et les questions de recherche. Le troisième chapitre expose la méthodologie utilisée ainsi que les différentes analyses sélectionnées. La première partie des résultats est présentée dans le quatrième chapitre et les trois articles regroupant la plus grande partie des résultats constituent les cinquième, sixième et septième chapitres. Le huitième chapitre présente une analyse et une discussion intégrative des résultats présentés précédemment. La dernière section de la discussion présente les forces et limites de la thèse, ses implications et ses contributions originales ainsi que des pistes de réflexion pour la mise en place de futurs projets d'amélioration des soins et services offerts à la clientèle présentant un trouble concomitant. Enfin, la conclusion générale vient clore cette thèse.

### **Utilisation de l'intelligence artificielle**

Des outils se basant sur l'intelligence artificielle ont été utilisés lors de la rédaction de cette thèse afin d'obtenir un soutien pour la reformulation de certains paragraphes ou clarifier la structure de certaines sections (ChatGPT™), ainsi que pour la recherche d'articles sur un sujet spécifique (Consensus™). Les contenus générés ont été systématiquement revus, modifiés et validés de façon critique, conformément aux recommandations émises pour la recherche universitaire et à la posture éthique de la doctorante. Aucune donnée provenant de la collecte des données n'a été partagée avec ces outils. Aucun outil d'intelligence artificielle n'a été utilisé pour les analyses, les réflexions et l'interprétation des données; celles-ci ont été entièrement produites par la doctorante.



# Chapitre 1 – Problématique

Ce chapitre traite des enjeux vécus par les personnes présentant un trouble concomitant, notamment les difficultés pour ces personnes d'obtenir des services permettant de répondre adéquatement à leurs besoins. Les défis au niveau des structures organisationnelles ainsi qu'au niveau des services offerts sont aussi abordés.

## 1.1 Troubles de santé mentale

Selon le DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), le trouble de santé mentale (TSM) est défini comme un « syndrome caractérisé par des perturbations cliniques significatives au niveau des processus cognitifs, de la régulation des émotions et des comportements qui témoigne d'un dysfonctionnement au niveau des processus psychologique, biologique ou développemental sous-jacent au fonctionnement mental » (Traduction libre de APA, 2022, p.14). Les TSM peuvent affecter l'ensemble de la population, peu importe l'âge, le genre ou l'origine ethnique. Les causes sont multiples et font intervenir un ensemble de facteurs d'ordre physique, psychologique, social, culturel, économique et environnemental (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022). La prévalence est variable selon le TSM, mais la prévalence globale des TSM au Québec au cours de la dernière année se situe autour de 20 % (Statistique Canada, 2022). Selon Statistique Canada, le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux est probablement plus élevé que ne l'indiquent les rapports de recherche, car les enquêtes réalisées ne couvrent jamais la totalité des troubles mentaux ni la totalité de la population (Statistique Canada, 2023a).

La prévalence des TSM peut varier selon l'âge. Par exemple, les troubles dépressifs sont particulièrement présents chez la population âgée de 18-24 ans et de 25-44 ans, affectant respectivement 33 % et 22 % des personnes, comparativement à celles âgées de 65 ans et plus (8 %) (Statistique Canada, 2023a). Les troubles anxieux sont aussi plus élevés dans les deux premiers

groupes (25 % pour 18-24 ans et 19 % pour 25-44 ans), comparativement à la population de 65 ans et plus (7 %) (Statistique Canada, 2023a). L'âge d'apparition de la schizophrénie apparaît typiquement entre 18 et 35 ans alors que le trouble bipolaire débute habituellement entre 20 et 25 ans (Townsend et al., 2022). Depuis la pandémie liée au coronavirus en mars 2020, la littérature a rapporté une augmentation de symptômes anxieux et dépressifs chez la population canadienne (Statistique Canada, 2023b; Sylvestre et al., 2022) et cette augmentation est encore plus marquée chez les personnes présentant des antécédents de TSM (Miller et al., 2022).

Comparativement à la population ne présentant aucun TSM, les personnes présentant un TSM sont plus à risque de consommer des substances telles que l'alcool, le cannabis ou certaines substances illicites et éventuellement d'en consommer de manière abusive (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2024). En 2018, 27 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré que leur consommation d'alcool était considérée comme abusive (Statistique Canada, 2019a). Du côté du cannabis et des analgésiques opioïdes, respectivement 5,5 % et 10 % ont déclaré en avoir consommé de manière abusive (Statistique Canada, 2019a; Statistique Canada, 2024). Concernant les substances considérées illicites telles que les amphétamines, méthamphétamines, cocaïne, crack, ecstasy, substances hallucinogènes et l'héroïne, les statistiques disponibles mentionnent que la prévalence de consommation d'au moins une de ces substances au Canada en 2019 était de 3 % (Statistique Canada, 2023d). Pour certaines personnes, la consommation abusive d'une substance, peu importe qu'elle soit illicite ou non, entraînera le développement d'un trouble lié à l'usage de cette substance.

## **1.2 Troubles liés à l'usage de substances**

Les troubles liés à l'usage de substances (TUS) sont définis comme étant la consommation fréquente d'une substance psychoactive, conduisant à une perte de contrôle de l'usage de cette substance et par l'apparition de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, entraînant des conséquences négatives au niveau personnel, professionnel et social (APA, 2022). Selon *l'Enquête québécoise sur la santé de la population* de 2020-2021 (Institut de la statistique

du Québec [ISQ], 2023), la proportion de Québécois ayant consommé au moins une substance psychoactive, excluant l'alcool, au cours des 12 derniers mois a augmenté entre 2008 (13 %) et 2020 (19 %). La proportion de Québécois ayant consommé de l'alcool, la substance la plus consommée en 2020, se chiffre à 81 % (Statistique Canada, 2018). La consommation abusive d'alcool est passée de 18 % à 27 % entre 2000 et 2018, (Statistique Canada, 2019). Le cannabis vient au deuxième rang en ce qui concerne la fréquence de consommation au cours de la dernière année, avec une proportion de 18 % des Québécois en 2024, comparativement à 14 % en 2018 (ISQ, 2025). Parmi la population consommant du cannabis, environ 23 % rapportent en consommer régulièrement et 17 % disent en consommer quotidiennement, ce qui représente un facteur de risque important pour le développement d'un TUS (ISQ, 2025). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population* indique également que 4,3 % des Québécois de 15 ans et plus ont consommé des substances autre que le cannabis, notamment de la cocaïne ou du crack, de l'ecstasy, des méthamphétamines, des amphétamines, des substances hallucinogènes, du GHB ou de l'héroïne (ISQ, 2023).

Une consommation abusive est un facteur de risque non négligeable pour le développement d'un TUS (APA, 2022). La plus récente enquête sur la prévalence des TUS au Québec rapporte que 6,6 % de la population âgée de 12 ans et plus présentait un TUS en 2015-2016, alcool et drogues confondus (Huynh et al., 2019). Une enquête populationnelle sur la prévalence des TUS liés à plusieurs substances est réalisée annuellement aux États-Unis et les données les plus récentes sont présentées dans le [tableau 1.1](#). (SAMHSA, 2024). Comparativement au reste du monde, l'Amérique du Nord (Canada et États-Unis) possède les plus hauts taux de prévalence de TUS liés au cannabis, aux opioïdes et à la cocaïne (Peacock et al., 2018).

Tableau 1.1. – Prévalence des troubles liés à l’usage de substances dans la dernière année

| Substances       | Prévalence (%) |
|------------------|----------------|
| Alcool           | 10,2           |
| Cannabis         | 6,8            |
| Opioïdes         | 2,0            |
| Amphétamines     | 1,5            |
| Méthamphétamines | 0,6            |
| Cocaïne          | 0,4            |
| Héroïne          | 0,2            |
| Hallucinogènes   | 0,2            |
| Sédatifs         | 0,3            |

Source : SAMHSA (2024)

Depuis le début des années 2000, plusieurs études ont mis en lumière le caractère persistant (chronicité) du TUS pour certaines personnes (American Society of Addiction Medicine, 2019; Brochu et al., 2014; Fleury et al., 2016). La trajectoire de ces personnes se différencie du TUS dit transitoire par une plus grande sévérité clinique du trouble perdurant pendant de nombreuses années, parfois même pendant toute leur vie, ponctuée de périodes répétées de traitements, de rémissions et de rechutes (APA, 2022; Brochu et al., 2014; Fleury et al., 2016; White, 2008). Ces personnes présentent également un profil plus complexe (p. ex. : polyconsommation, concomitance avec d’autres problématiques) et un capital plus faible de rétablissement, nécessitant des services sur une plus longue période de temps (Beaulieu et Tremblay, 2024; White, 2008).

Certains groupes populationnels seront plus à risque de développer un TUS, en particulier les personnes présentant un TSM. Par exemple, les personnes souffrant de schizophrénie présentent quatre fois plus de risques de développer un TUS que l’ensemble de la population (Nadeau et Landry, 2015). L’inverse est aussi vrai ; la prévalence de TSM est environ trois fois plus élevée chez les personnes présentant un TUS, particulièrement chez celles présentant un TUS

persistant, comparativement aux personnes n'ayant jamais reçu de diagnostic de TUS (Huynh et al., 2020).

Déjà en 1996, Kessler et ses collègues ont démontré que le trouble concomitant était bien présent et ne représentait pas une exception, ce qui est encore le cas aujourd'hui (Butler et al., 2022; Dauber et al., 2018; Hunt et al., 2018; Huynh et al., 2020; Jones et McCance-Katz, 2019).

### **1.3 Trouble concomitant**

Le trouble concomitant réfère à la présence simultanée, chez une même personne, d'au moins un TSM et un TUS. Santé Canada (2002) définit le trouble concomitant comme « l'association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives » (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002, p.V). Au Québec, la prévalence du trouble concomitant dans la population générale était de 1,7 % en 2017 (Keen et al., 2022), alors qu'aux États-Unis, la prévalence était de 3,4 % en 2017 (SAMHSA, 2018). Aucune étude canadienne plus récente sur la population générale n'a été répertoriée. Toutefois, les études épidémiologiques effectuées dans les populations cliniques utilisant les services de santé et les services sociaux démontrent des taux de prévalence plus élevés. En effet, la prévalence du trouble concomitant varie entre 18 à 42 % (Fleury et al., 2018; Hunt et al., 2018; Huynh et al., 2020) et certaines études ont démontré que dans les centres de réadaptation en dépendance, la prévalence peut augmenter jusqu'à 50 à 71 % (Fleury et al., 2012; Huynh et al., 2020). Il faut mentionner que ces données incluent seulement les personnes ayant reçu un diagnostic médical 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 médical. En incluant cette population dite sub-clinique, la prévalence serait possiblement beaucoup plus élevée.

Le trouble concomitant peut aussi s'exprimer en termes de pluralité, c'est-à-dire où les personnes ne présentent pas un mais bien plusieurs TSM et plusieurs TUS (Nadeau, 2001). Or, que la combinaison diagnostique soit duelle ou plurielle, le trouble concomitant entraîne une complexité et une hétérogénéité en termes d'évaluation, de besoins à combler et d'offres de services ainsi que des répercussions à long terme (Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS], 2023; Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Wu et al., 2019).

### **1.3.1 Complexité du trouble concomitant**

La pluralité des diagnostics prend sa source du mode de classification diagnostique actuellement utilisé. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition, texte révisé* (APA, 2022), décrit et catégorise chaque TSM et TUS séparément et ne fournit pas de critères spécifiques pour le diagnostic du trouble concomitant. Le trouble concomitant n'est donc pas évalué comme un seul trouble. Plusieurs diagnostics distincts sont donc émis chez une même personne, chacun étant relié à des interventions et des traitements spécifiques (Iudici et al., 2018; Kotov et al., 2017).

Lorsque l'on compare les portraits cliniques de la population présentant seulement un TSM ou un TUS avec la clientèle présentant un trouble concomitant, cette dernière révèle un portrait bio-psycho-social plus sombre. En effet, le risque de souffrir de problématiques d'ordre physique est plus élevé, notamment au niveau de l'hypertension artérielle, des maladies pulmonaires obstructives chroniques et des maladies du système digestif (Gomez et al., 2023; Huynh et al., 2016; Lin et al., 2011). De multiples facteurs psychosociaux ont aussi une prévalence plus élevée : comportements suicidaires (Carra et al., 2014), isolement social (Huynh et al., 2016), instabilité financière (Khan, 2017), itinérance (Huynh et al., 2016; Chikwava et al., 2024) et problèmes judiciaires (Jegade et al., 2022). Ces facteurs multidimensionnels se traduisent cliniquement par un plus grand niveau de détresse psychologique (Khan, 2017) et une plus grande diminution de la qualité de vie (Wittenberg et al., 2021). À plus long terme, le taux de mortalité

pour les personnes présentant un trouble concomitant est environ six fois plus élevé que pour les personnes présentant un TSM seulement, notamment en raison du taux élevé de décès par suicide (Ayano, 2019; Heiberg et al., 2018). Ces données démontrent toute l'ampleur du fardeau sanitaire associé au trouble concomitant.

Les répercussions liées au trouble concomitant se mesurent aussi au niveau économique. Le trouble concomitant compte parmi les problématiques de santé les plus onéreuses au Canada, attribuable notamment aux soins et services de santé, aux mesures de soutien social et aux mesures judiciaires souvent associées à cette population (MSSS, 2015a). À titre comparatif, en 2012, le coût annuel des services de soins de santé par personne et selon la problématique était réparti comme suit : 5100 \$ (TSM), 6500 \$ (TUS) et 10 900 \$ (trouble concomitant) (Graham et al., 2017). Une analyse d'impact des TSM et des TUS au Canada, pilotée par la Commission de la santé mentale du Canada (Smetanin et al., 2011), estime que les coûts directs (soins de santé, médication, visites médicales) et indirects (perte de productivité au travail, jours d'absence du travail) associés au trouble concomitant auront plus que triplés au Canada entre 2011 et 2031 (48 milliards vs 168 milliards). Malheureusement, aucune étude plus récente ne permet de corroborer les résultats de l'étude précédente.

### **1.3.2 Hétérogénéité de la population**

La complexité du trouble concomitant augmentant déjà la difficulté de sa prise en charge, son hétérogénéité en intensifie le niveau. Plusieurs déterminants sociaux et environnementaux viennent fréquemment complexifier la situation. Par exemple, une personne peut souffrir de troubles dépressifs et d'un TUS lié à l'alcool tout en vivant de l'isolement social à la suite du deuil d'un être cher vécu il y a quelques années. Une autre personne peut souffrir d'un trouble bipolaire et d'un trouble du comportement alimentaire associé à un TUS lié au cannabis et aux amphétamines, tout en étant en situation financière précaire, ce qui entraîne des visites fréquentes à l'urgence, compte tenu de la présence d'idées suicidaires récurrentes. Ces situations illustrent l'influence des déterminants sociaux de la santé au niveau de la complexification de la

problématique (Singer et al., 2017). De ce fait, ces déterminants sont aussi cruciaux à considérer que les problèmes de santé primaires (Singer et al., 2017).

L'approche conceptuelle traditionnelle de la maladie la décrit comme une entité distincte et isolée, indépendante des autres maladies et déterminants sociaux présents ainsi que du groupe et du contexte dans lesquels elle se manifeste (Wade et al., 2017). Cependant, d'autres conceptualisations plus intégrées ont émergé, parmi lesquelles l'approche syndémique, qui reconnaît une conception biosociale de la maladie, où celle-ci ne peut être retirée de son contexte et où les différents facteurs biologiques, sociaux et structurels influencent la problématique de santé (Mendenhall, 2016; Singer, 1996; Singer et Clair, 2003; Singer et al., 2020). De ce fait, depuis quelques années, la littérature rapporte que le trouble concomitant pourrait se définir comme une problématique syndémique.

### **1.3.3 Perspective syndémique du trouble concomitant**

Une syndémie réfère à l'association d'au moins deux problématiques de santé qui, lorsqu'elles coexistent, interagissent de manière synergique pour amplifier les effets négatifs des problèmes impliqués (Singer et al., 2017). Ce concept se démarque des autres modèles biomédicaux par une approche holistique de la maladie, mettant de l'avant l'influence et les interactions entre les problématiques de santé et les déterminants sociaux de la santé (Singer & Clair, 2003; Singer et al., 2020). Ainsi, il va bien au-delà des concepts médicaux de multimorbidité ou de comorbidité, qui ne prennent pas en compte l'influence de ces déterminants (Singer et al., 2017).

Cette définition semble particulièrement bien s'appliquer aux personnes présentant un trouble concomitant, lesquelles sont confrontées à de nombreux obstacles liés aux déterminants sociaux de la santé, qui influencent leur état de santé, sans nécessairement être une cause directe de la maladie (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2024). Ces obstacles se

concentrent souvent de manière anormalement élevée dans des populations exposées à des conditions qualifiées d'inégalités sociales de santé (pauvreté, stigmatisation, stress chronique, violence, insécurité alimentaire) (INSPQ, 2016; Jegede et al., 2022). Ces facteurs sont aussi essentiels à considérer que les problèmes de santé, car ils engendrent un phénomène synergique, lequel dépasse la simple comorbidité additionnée de facteurs aggravants (Singer et al., 2017), et intensifient tant la sévérité que la progression de la situation syndémique (Singer et al., 2017).

Le concept de syndémie a été utilisé pour caractériser plusieurs problématiques complexes auprès de plusieurs populations différentes (Clementi et al., 2020; Lepelletier et al., 2022; Singer et al., 2020; Weaver et Kaiser, 2022). Toutefois, comme il s'agit d'un concept encore en émergence, peu d'études ont été effectuées jusqu'à maintenant sur la perspective syndémique du trouble concomitant (Card et al., 2018; Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Clementi et al., 2020; Coid et al., 2021; Jain et al., 2022; Lett et al., 2022; Robinson et al., 2016; Singer et al., 2020; Turpin et al., 2020; Yellin et al., 2018). Néanmoins, la majorité des études précédentes corroborent les affirmations de Singer et al. (2020) : pour traiter une problématique syndémique, il est nécessaire d'adopter une prise en charge holistique, incluant une coordination interdisciplinaire et intersectorielle des différents services impliqués. Cependant, les services actuels destinés aux personnes présentant un trouble concomitant ne sont majoritairement pas structurés de cette manière et ne parviennent pas à répondre de manière adéquate à la complexité de leurs besoins (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Stephenson, 2023; Urbanoski et al., 2017). Pour plusieurs auteurs, l'utilisation d'une approche syndémique serait à considérer, car elle présente plusieurs avantages, notamment la reconnaissance des interrelations entre les enjeux sociaux et de santé d'une personne et une optimisation de l'efficacité des interventions (Bahji, 2024; Singer et al., 2017; Singer et al., 2020; Vereeken et al., 2023; Willen et al., 2017).

## **1.4 Services et soins de santé**

La prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant représente un défi depuis plus de 40 ans et perdure encore aujourd'hui (Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023; Fantuzzi et Mezzina, 2020; Iudici et al., 2018; Pepper et al., 1981). Plusieurs services en santé mentale et dépendance sont disponibles, mais plusieurs enjeux font obstacles à leur accessibilité.

### **1.4.1 Utilisation et accessibilité des services**

Le Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA), maintenant nommé Mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) (MSSS, 2022a), a débuté son implantation dans la province en 2008 (MSSS, 2008). Le MASM est la porte d'entrée pour accéder aux services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance. Son mandat principal consiste à évaluer les besoins de la personne et à l'orienter vers le service le plus approprié (MSSS, 2022a). Cependant, lorsqu'une personne présente des besoins multiples simultanés, notamment en santé mentale, en dépendance et/ou en santé physique, ces besoins sont évalués et traités séparément, soit un après l'autre (séquentiel) ou simultanément par des équipes différentes (parallèle), plutôt que par une intervention intégrée (Roy et al., 2019). Depuis son implantation, le MASM a suscité de nombreuses préoccupations, notamment en raison des retards importants dans l'accès aux services (Gouvernement du Québec, 2025; MSSS, 2012), des lacunes dans l'arrimage entre les services et de la difficulté à répondre adéquatement aux besoins de la personne (MSSS, 2012; Roy et al., 2019). Les personnes desservies par ce système rapportent des enjeux courants : des temps d'attente prolongés, la nécessité de répéter leurs besoins à différents professionnels et la difficulté d'obtenir une réponse globale et intégrée pour ceux-ci (Glowacki et al., 2022; Ross et al., 2015; Zhao et Mathis, 2024). En conséquence, les personnes présentant un trouble concomitant sont fréquemment suivies par plusieurs équipes cliniques et organisations distinctes (services en santé mentale, en dépendance, psychosociaux). Cette réalité ne se limite pas uniquement au MASM; les services de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne ainsi que les services communautaires

offrant des services en santé mentale et/ou en dépendance, rencontrent également des défis similaires.

#### **1.4.1.1 Services de 1<sup>e</sup> ligne (services de soins primaires)**

Les services de 1<sup>e</sup> ligne, considérant leur relative accessibilité, font partie des premiers niveaux de contact entre la personne et le système de santé (Alberta Health Services, 2020; Brown et Menec, 2018). Graham et al. (2017) ont démontré que, sur une période de cinq ans, le nombre moyen de visites chez un médecin de famille pour la clientèle présentant un trouble concomitant était d'environ 25 visites annuelles, comparativement à 16 visites pour le TUS seulement et 12 visites pour le TSM seulement. Cependant, plusieurs études ont démontré qu'une faible proportion de médecins de famille vont s'impliquer dans la prise en charge d'un TUS, notamment en raison d'un manque de connaissances lié aux traitements et d'un manque de soutien institutionnel (Campopiano von Klimo et al., 2024; Priester et al., 2016; Urada et al., 2014). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2019), seulement 15 % des médecins de famille se sentiraient bien préparés pour aider les personnes atteintes d'un TUS.

#### **1.4.1.2 Services de 2<sup>e</sup> ligne (services spécialisés)**

Les services de 2<sup>e</sup> ligne sont essentiels lorsque l'état d'une personne nécessite des soins plus spécialisés ou lorsque sa situation de santé est complexe. (Lavergne et al., 2022a). Cependant, des écarts majeurs sont constatés entre les besoins de la personne et les services offerts en santé mentale et en dépendance (Dubreucq et al., 2012; Hakobyan et al., 2020). La prise en charge pour les TSM et les TUS est majoritairement divisée, chacune ayant une approche (modèle biomédical vs modèle psychosocial), une philosophie d'intervention (approche plus répressive vs approche de réduction des méfaits) et une équipe médicale (psychiatres vs médecins généralistes) différente (Hakobyan et al., 2020). Selon Hakobyan et al. (2020), les psychiatres, oeuvrant en santé mentale, sont majoritairement peu impliqués dans la prise en charge du TUS et du côté des médecins généralistes oeuvrant en dépendance, ces derniers n'évalueront pas nécessairement les TSM. Bien que le TUS fasse partie intégrante du champ de la

santé mentale, il est fréquemment perçu différemment des autres catégories de TSM, nécessitant une prise en charge en dehors des services de santé mentale conventionnel (Merrick et al., 2022; Orsolini et al., 2021). De plus, les services actuellement offerts en dépendance sont principalement conçus pour des services à court terme (moins de six mois), ce qui convient habituellement pour les personnes présentant un TUS transitoire, mais s'avère peu efficace pour le TUS persistant (Beaulieu et al., 2024; Gouvernement du Québec, 2019; SAMHSA, 2019). Plusieurs études rapportent également un manque de formation chez les professionnels oeuvrant en santé mentale, amenant ainsi un manque de confiance dans leurs habiletés à intervenir adéquatement dans la prise en charge du TUS (Anandan et al., 2021; Merrick et al., 2022; Orsolini et al., 2021). Selon la littérature, le trouble concomitant est fréquemment considéré comme un critère d'exclusion pour accéder aux programmes dédiés à un seul trouble (Priester et al., 2016). Par exemple, certains services en dépendance refusent le suivi d'une personne tant que le TSM n'est pas stabilisé. Inversement, les personnes souffrant d'un TUS doivent souvent être abstinentes avant d'obtenir des soins en santé mentale (Pacini et al., 2020). Ce morcèlement au niveau des critères d'accès aux traitements entretient une prise en charge en silos du TSM et du TUS, contribue à maintenir une offre de services fragmentée et augmente la difficulté pour les personnes d'avoir accès à des soins nécessaires (Hakobyan et al., 2020).

Certains programmes combinent toutefois des approches collaboratives et intégrées, notamment les programmes de soutien d'intensité variable (SIV), de suivi intensif dans le milieu (SIM) ainsi que le suivi d'intensité flexible (SIF). Ces programmes sont destinés aux adultes présentant un TSM sévère, associé à une condition d'instabilité (ex : itinérance, consommation de substances, difficultés dans l'autonomie fonctionnelle), à des incapacités au niveau des habiletés personnelles, sociales et relationnelles, ainsi qu'à des difficultés d'intégration, d'organisation et d'adaptation dans la communauté. L'équipe de suivi interdisciplinaire, affiliée au réseau de la santé et des services sociaux, accompagne la personne pour sa réadaptation, la médication, la coordination des services et le soutien dans la communauté (Gouvernement du Québec, 2023). Toutefois, le faible nombre de places disponibles (listes d'attentes) ainsi qu'une pénurie de main-d'œuvre entraîne des difficultés d'accès à ces programmes (MSSS, 2023a). De

ce fait, selon un audit de performance réalisé en 2023 sur l'efficacité du continuum de soins et de services en santé mentale, près du quart des personnes utilisant fréquemment les services d'urgence et bénéficiant également du programme SIV ne recevait pas le nombre de visites auxquelles elles avaient droit, soit deux à sept contacts par mois (MSSS, 2023a). Toujours selon cet audit, en 2023, les personnes bénéficiant de ces programmes étaient retirées de la liste d'attente dès qu'elles avaient reçu un premier service, que ce soit un appel téléphonique ou une rencontre en personne. En revanche, cette première intervention ne signifiait pas nécessairement que les besoins de la personne avaient été adéquatement répondus.

#### **1.4.1.3 Services de 3<sup>e</sup> ligne (services surspécialisés)**

Les services surspécialisés de 3<sup>e</sup> ligne sont destinés aux personnes présentant des TSM sévères et persistants ou complexes tels qu'un trouble concomitant. Des services surspécialisés pour la prise en charge du trouble concomitant sont disponibles au Québec, notamment la clinique externe en troubles concomitants de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et le service de psychiatrie des toxicomanies au CHUM de Montréal. Toutefois, ces services sont situés en milieu urbain, ont une capacité d'accueil limitée et ont souvent des listes d'attente avant de pouvoir y avoir accès (Couturier, 2023).

#### **1.4.1.4 Services communautaires**

Les services communautaires ne font pas partie à proprement parler de la structure du système de santé et services sociaux québécois, mais sont des partenaires indispensables pour le soutien des personnes et pour répondre à leurs besoins. Les services communautaires tels les centres de thérapie pour les dépendances (services externes ou hébergement), les services de gestion de crise et les organismes communautaires sont présents pour accompagner et soutenir la personne et ce, à proximité de son milieu de vie. Les organismes communautaires sont présents à la grandeur de la province, facilement accessibles et permettent de rejoindre la clientèle n'ayant pas accès au réseau de la santé ou préférant ne pas l'utiliser (Castillo et al., 2019; MSSS, 2019; Warin, 2016). Leur offre de services est très variable et permet de répondre à différents besoins,

notamment sur le plan de la réduction des risques et des méfaits, l'hébergement, l'aide alimentaire, le transport, l'emploi, la défense des droits et l'accompagnement vers les services de santé et services sociaux (Santé Montérégie, 2025). Les organismes communautaires et les services de proximité offrant des services de réduction des risques et des méfaits sont particulièrement importants pour une grande proportion de personnes présentant un TUS ou un trouble concomitant. Ils permettent d'abord d'améliorer l'accès à certains soins et services par la réduction de barrières administratives et la mise en place de bas seuils d'accès et d'exigences (Paumier, 2017). Plusieurs services et informations sont également offerts (distribution de matériel de consommation et de naloxone, services d'injection supervisée) ainsi qu'un accompagnement pour permettre à la personne de faire des choix plus sécuritaires en lien avec sa consommation (éducation, analyse de substances, accompagnement à distance en prévention des surdoses), diminuant ainsi les risques notamment de blessures et de surdoses (Fallu et Brisson, 2013). Toutefois, la stigmatisation envers les personnes consommant des substances et l'acceptabilité sociale, des enjeux de financement et des restrictions liées aux politiques gouvernementales font partie des obstacles limitant le déploiement et l'utilisation à plus grande échelle de ces services (Fallu et Brisson, 2013).

Le gouvernement québécois reconnaît la nécessité de collaborations actives entre les organismes communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 2018, 2021, 2022d). Toutefois, de nombreux défis et obstacles à la mise en place d'une collaboration intersectorielle efficace et respectueuse des expertises respectives sont relevés (Fontaine et al., 2024). Par exemple, une étude sur la collaboration a été menée en 2019 par le Réseau communautaire en santé mentale auprès des 22 centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec et des 15 regroupements régionaux d'organismes communautaires en santé mentale du Québec (Réseau communautaire en santé mentale, 2019). Cette étude a permis de démontrer que des collaborations entre ces deux entités étaient présentes sur tout le territoire québécois, mais que le taux de satisfaction de cette collaboration variait grandement selon l'entité (81 % pour les centres intégrés et 53 % pour les organismes communautaires). Les principales sources d'insatisfaction exprimées par les organismes communautaires à l'égard des centres intégrés de

santé et de services sociaux concernaient principalement une méconnaissance de leur mission, de leur expertise et de leur contribution spécifique, ainsi qu'un manque d'engagement de la part des centres intégrés dans l'établissement de partenariats collaboratifs durables (Réseau communautaire en santé mentale, 2019).

Malgré la présence de nombreux services pour les personnes présentant un trouble concomitant, la difficulté de répondre adéquatement aux besoins de cette population n'est plus à prouver (Stephenson, 2023; Urbanoski et al., 2017). Plusieurs études canadiennes ont démontré que cette population utilisait plus fréquemment les services de santé que celles présentant seulement un TSM ou un TUS (Đào et al., 2019; Fleury et al., 2019a; Graham et al., 2017; Khan, 2017; Lavergne et al., 2022a). Toutefois, même si la fréquence d'utilisation est plus élevée, les personnes présentant un trouble concomitant sont plus nombreuses à exprimer que leurs besoins sont partiellement ou non répondus (Khan, 2017; Urbanoski, 2017; Stephenson, 2023). Un élément majeur pouvant concourir à cette situation est sans contredit la dispensation des services offerts de manière séquentielle ou parallèle (Roy et al., 2019). Ces approches, consistant à traiter chaque trouble séparément, sont aujourd'hui considérées majoritairement inefficaces (Fantuzzi et Mezzina, 2020).

#### **1.4.2 La nécessité d'utiliser une approche intégrée**

Face à ces limites, dès les années 1990, un constat a émergé, soit celui d'offrir des soins et des services intégrant les deux problématiques (Ridgely et al., 1987; Ridgely et al., 1990). Dès lors, les lignes directrices et de nombreuses études confirment qu'une approche intégrée constitue la norme de référence pour la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM], 2002; Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; INESSS, 2016; Karapareddy, 2019). Toutefois, l'implantation d'une telle approche nécessite des remaniements majeurs à plusieurs niveaux, notamment au niveau clinique, organisationnel, administratif, financier, structurel et même politique.

Plusieurs obstacles dans le réseau de la santé et des services sociaux font entrave à la mise en place d'approches intégrées. Tel que mentionné précédemment, les services en santé mentale et en dépendance diffèrent largement en termes de culture organisationnelle, de responsabilités des rôles professionnels ainsi qu'en termes d'approches cliniques (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Valentijn et al., 2013; Yule et Kelly, 2019). Ces divergences nuisent à la compréhension des rôles et de l'expertise de chaque équipe, entravant la communication et la coordination et générant fréquemment des discours contradictoires (Yule et Kelly, 2019). Au niveau organisationnel et gouvernemental, les politiques, les procédures et le financement des services de santé mentale et de dépendance sont gérés séparément (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Roy et al., 2019; Yule et Kelly, 2019). De plus, actuellement, les bases de données administratives ne sont pas intégrées, limitant considérablement le partage d'informations cliniques et la continuité des soins entre les services (MSSS, 2020).

Au niveau politique, des remaniements sont aussi nécessaires. En 2005, le plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) recommandait que chaque région du Québec élabore des ententes de collaboration entre le réseau de la santé mentale et les centres de réadaptation en dépendance. L'évaluation de cette recommandation en 2012 a démontré que seulement le tiers des régions possédait une offre de services qui commençait à être structurée dans cette optique (MSSS, 2012). L'autre tiers était en démarche d'organisation des services et le dernier tiers éprouvait des lacunes quant à l'organisation des services en santé mentale et en dépendance. Plus d'une décennie plus tard, la situation au Québec a peu évolué dans cette démarche. La plus récente recension québécoise sur les modèles de dispensation des soins pour les troubles concomitants souligne toutefois plusieurs initiatives d'intégration des services sur le territoire (INESSS, 2016). Malgré tout, le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (PAISM) devait encore, en 2022, faire les recommandations suivantes, considérant les faibles avancées au niveau clinique et organisationnel :

[...] le gouvernement du Québec reconnaît que le décloisonnement des problématiques, particulièrement celles en dépendance, en santé mentale et en itinérance, ainsi que l'adoption d'une vision globale de la personne s'imposent. [...] L'organisation des services devrait être centrée sur la personne et sur l'ensemble de ses besoins (psychosociaux, sociaux, physiques), permettre une fluidité et une flexibilité, et ce, toujours dans une approche de partenariat entre l'intervenant, la personne et ses proches. Concrètement, une vision intégrée des services implique une réduction des limites organisationnelles et cliniques, une révision des critères d'accès aux services et un travail de proximité. (MSSS, 2022d, p.65)

Pour implanter un système de soins et de services intégrés, des lignes directrices claires et adaptées sont primordiales. Deux récentes revues systématiques ayant recensé les lignes directrices pour la prise en charge du trouble concomitant arrivent à des constats semblables (Alsuhaibani et al., 2021; Hakobyan et al., 2020). La majorité des lignes directrices soulignent l'importance de traiter conjointement le TSM et le TUS, mais peu incluent des recommandations précises sur l'ajustement des traitements pour le trouble concomitant (8 sur 20 selon Alsuhaibani et al., 2021). Deux autres études canadiennes viennent appuyer les constats précédents (CCDUS, 2023; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023). Même si certaines lignes directrices ont été élaborées pour la prise en charge du trouble concomitant, plusieurs aspects importants ne sont pas adressés dans celles-ci, notamment la planification des services en fonction des besoins des personnes (déterminants sociaux de la santé) ainsi que les trajectoires de soins et de services optimales pour les troubles concomitants (CCDUS, 2023; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023).

En somme, bien qu'une approche intégrée soit préconisée pour la prise en charge du trouble concomitant, les lignes directrices et les pratiques cliniques continuent de cibler majoritairement un seul diagnostic, soit le TSM ou le TUS, négligeant ainsi la complexité du trouble concomitant. Les recommandations pour la prise en charge des nombreux besoins liés

aux déterminants sociaux de la santé – notamment en matière de logement, de soutien financier ou de transport – demeurent largement absentes des lignes directrices. Cette disparité entre les besoins réels et l’offre de services contribue à limiter l’accès à des soins adaptés, obligeant fréquemment les personnes concernées à se tourner vers des solutions alternatives (Armoon et al., 2023; Graham et al., 2017; Huynh et al., 2016).

## **1.5 Le dernier recours : les services d’urgence**

Les services d’urgence deviennent fréquemment le filet de sécurité pour les personnes présentant un trouble concomitant (Armoon et al., 2023; Schmidt, 2018). Une étude américaine a révélé que le nombre de visites aux services d’urgence par les personnes présentant un trouble concomitant a augmenté de 31 % entre 2006 et 2015 (Nam et al., 2021). Cependant, aucune étude plus récente n’a été recensée. Comparativement aux personnes présentant seulement un TSM ou un TUS, les personnes atteintes d’un trouble concomitant visitent les services d’urgence deux à cinq fois plus fréquemment (Fleury et al., 2019a; Graham et al., 2017), sont plus souvent hospitalisées (de deux et cinq fois) et ont un taux de réadmission plus élevé (jusqu’à 1,5 fois) (Fleury et al., 2019a). Les personnes présentant un trouble concomitant sont dès lors considérées comme de grands utilisateurs des services d’urgence<sup>1</sup> (Armoon et al., 2023; Graham et al., 2017; Hensel et al., 2016; Orisatoki et al., 2017). Dans une étude réalisée par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2025), les grands utilisateurs des services d’urgence au Québec (au moins quatre visites annuelles) représentaient environ 8,1 % de tous les utilisateurs en 2022-2023, mais avaient effectué 26,1 % de toutes les visites (moyenne de 5,6 visites par personne). Une autre étude récente démontrait que cette proportion augmentait à près de 10 % et que près de la moitié des visites concernaient à la fois un problème lié à la santé mentale ainsi qu’à l’utilisation de substances (Institut canadien d’information sur la santé, 2021).

---

<sup>1</sup> Pour cette thèse, la classification des grands utilisateurs des services d’urgence se fait selon la fréquence d’utilisation. La majorité des études définissent le grand utilisateur des services d’urgence comme ayant effectué un minimum de quatre visites sur une période de 12 mois (Fleury et al., 2019b; Slankamenac et al., 2020).

Les personnes présentant une problématique de santé mentale utilisent fréquemment les services d'urgence, car selon elles, il s'agit de la seule alternative possible pour recevoir des soins rapidement (Digel Vandyk et al., 2018; Wise-Harris et al., 2017). Dans l'étude de Wise-Harris et al. (2017), même si 79 % de l'échantillon avait un médecin de famille, que la majorité avait accès à des services de 1<sup>e</sup> ligne et qu'environ la moitié recevait régulièrement des services en santé mentale, les visites aux services d'urgence semblaient tout de même nécessaires et inévitables. Les visites fréquentes à l'urgence malgré l'accès à un médecin de famille ainsi que la difficulté d'accès à la médication ont également été constatées par deux audits de performance réalisés au Québec (MSSS, 2020, 2023). Ces réadmissions fréquentes sont principalement attribuées à des interruptions dans la continuité des soins, à des difficultés d'accès aux services ou à la médication prescrite, ainsi qu'à l'indisponibilité des ressources communautaires au moment opportun (Dion et al., 2024; Morris et al., 2018; Wise-Harris et al., 2017). Selon Morris et al. (2018), la majorité des personnes sont fréquemment réadmisées pour la même problématique que celle rencontrée lors de la visite précédente. Ces résultats viennent appuyer le phénomène des portes tournantes, ce phénomène cyclique qui illustre les liens entre les besoins complexes des personnes et la difficulté pour les services de santé d'y répondre adéquatement (Fonseca Barbosa et Gama Marques, 2023; Gobbicchi et al., 2021).

### **1.5.1 Prise en charge du trouble concomitant dans les services d'urgence**

Les services d'urgence rencontrent d'importants défis dans le dépistage, l'évaluation et le suivi des personnes présentant un trouble concomitant (Dubreucq et al., 2012; Fantuzzi et Mezzina, 2020; INESSS, 2016; Karapareddy, 2019). En effet, le trouble concomitant est fréquemment sous-dépisté dans les établissements de santé, incluant les services d'urgence (Basu et al., 2018; Kene et al., 2018; MSSS, 2023a; O'Grady et al., 2019; Szerman et al., 2018; Wang et al., 2019). Une des raisons exprimées par les professionnels œuvrant à l'urgence est liée à un manque de formation et de confiance dans les soins, en particulier en ce qui concerne le TUS (Glowacki et al., 2022; O'Grady et al., 2019; Priester et al., 2016; Ross et al., 2015; Tang et Li, 2025).

Par ailleurs, les personnes utilisant les services d'urgence présentent également des besoins importants, notamment reliés à l'itinérance, l'insécurité financière et alimentaire, le chômage, ainsi que les difficultés d'accès aux soins de santé (Malecha et al., 2018; Tang et Li, 2025). Ces déterminants sociaux de la santé figurent parmi les principaux facteurs motivant l'utilisation fréquente de l'urgence par les personnes présentant un trouble concomitant (Dion et al., 2024; Gaida et al., 2023; Lavergne et al., 2022b, McCarthy et al., 2021; Tang et Li, 2025). Toutefois, ceux-ci sont rarement évalués en raison notamment d'un manque de temps, d'une méconnaissance des procédures et des protocoles ou d'une perception que cette évaluation n'est pas considérée pertinente (Andermann, 2018; Loo et al., 2025; Tang et Li, 2025). Une revue de la portée récente sur la prestation des services en santé mentale et en dépendance recommande d'ailleurs qu'un dépistage systématique, tant pour le trouble concomitant que pour les déterminants sociaux de la santé, soit mis en place en mettant l'accent sur le soutien social et les besoins en logement (Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023).

Les personnes présentant un trouble concomitant et utilisant les services d'urgence présentent une hétérogénéité en termes de diagnostics, de raisons de consultation, de niveau d'urgence et de sévérité de la condition de santé (Fleury et al., 2020; Lecomte et al., 2020). De plus, leurs besoins sont complexes et souvent difficiles à évaluer (Schmidt, 2018; Szerman et al., 2018). Bien que l'objectif premier des services d'urgence soit d'évaluer et stabiliser les situations aiguës et urgentes (Chochinov et al., 2023; Morganti et al., 2013), la prévalence élevée des visites liées aux troubles concomitants met en exergue la nécessité de revoir les mécanismes actuels d'évaluation et de prise en charge afin de mieux répondre aux besoins complexes de cette population (MSSS, 2023a).

### **1.5.2 La nécessité d'une continuité des soins et d'une transition efficace**

Le dépistage et l'évaluation constituent certes des étapes charnières, mais la continuité des soins se doit d'être assurée lorsque l'état de santé de la personne le nécessite. Ce concept multidimensionnel est essentiel dans les soins offerts aux personnes présentant un trouble

concomitant. La continuité des soins est définie comme une séquence, sans interruptions, des soins et des services fournis par les différentes organisations partageant la responsabilité de la prestation de services (Bachrach, 1981; Bahr et Weiss, 2019; Haggerty et al., 2003). La continuité des soins est basée sur des mécanismes de communication, de gestion et de prise en charge qui promeuvent les soins centrés sur la personne (Bahr et Weiss, 2019; Poremski et al., 2016; Udo et al., 2019). Les soins et les services sont fournis au moment opportun, au bon endroit, avec le bon intervenant et selon les besoins actuels de celle-ci (Puntis et al., 2015; Udo et al., 2019; Weaver et al., 2017).

La transition entre les services d'urgence et les soins de 1<sup>e</sup> ligne constitue une étape critique dans la continuité des soins pour les personnes présentant un trouble concomitant. Toutefois, cette transition est souvent interrompue, entraînant des ruptures de services et une augmentation des visites évitables à l'urgence ainsi que des réadmissions en centre hospitalier (Lavergne et al., 2022b; McIntyre et al., 2022; Morris et al., 2018; MSSS, 2023a; Sather et al., 2022). Un autre enjeu à prendre en considération dans la continuité des soins est l'adéquation du suivi avec les besoins de la personne. Des études révèlent des écarts importants entre les besoins perçus par les personnes et les services effectivement reçus (Dion et al., 2024; SAMHSA, 2020). Urbanoski et al. (2017) ont rapporté que 41 % des personnes présentant un trouble concomitant considéraient que leurs besoins n'étaient pas satisfaits lorsqu'elles recevaient des services en santé mentale et/ou en dépendance. En comparaison, ce pourcentage était de 10 % pour les personnes présentant uniquement un TUS et de 32 % pour celles présentant uniquement un TSM.

Lorsque les personnes sont interrogées sur les éléments qu'elles considèrent essentiels pour assurer une continuité des soins efficace, plusieurs facteurs émergent. Elles soulignent notamment l'importance de l'accès aux services, comme la possibilité d'accéder à un centre de réadaptation en dépendance, d'avoir également accès à un psychiatre ou un intervenant de référence, ainsi que de voir leurs besoins en alimentation et en logement pris en considération (Currie et al., 2018; Loranger et Fleury, 2020). De plus, les personnes qui estiment bénéficier d'une

bonne continuité des soins rapportent une meilleure qualité de vie (Loranger et Fleury, 2020; Puntis et al., 2015; Sweeney et al., 2012), une alliance thérapeutique stable et solide avec les professionnels de la santé (Biringer et al., 2017; Sweeney et al., 2012), ainsi qu'une plus grande satisfaction à l'égard des services reçus (Loranger et Fleury, 2020). À l'inverse, des ruptures dans la continuité des soins peuvent entraîner certaines répercussions, notamment un sentiment de confusion chez la personne au regard de la complexité des trajectoires de soins et de l'accès aux services, un sentiment d'abandon face au système de santé ainsi qu'une absence de suivi, même si celui-ci s'avère nécessaire pour l'état de santé de la personne (Appleton et al., 2021). Dans cette optique, l'analyse des trajectoires de soins, c'est-à-dire la séquence dans laquelle les soins et les services sont organisés et offerts aux personnes ciblées, constitue un outil pertinent pour avoir une vue d'ensemble du parcours de la personne et étudier certaines de ses caractéristiques afin d'assurer la continuité des soins (Adeyemi et al., 2013; Sather et al., 2022).

## **1.6 Trajectoires de soins et de services pour le trouble concomitant**

La trajectoire de soins et de services, ci-après nommée trajectoire de soins, est définie comme la séquence selon laquelle les soins et les services sont offerts et organisés, pour une certaine population et pour une certaine période délimitée dans le temps (Sather et al., 2022; Vanhaecht et al., 2010). La trajectoire de soins est tout le contraire d'un processus linéaire et isolé (MSSS, 2022b). Elle se caractérise par de nombreuses interventions, parfois complexes, provenant de différentes sources, qui se succèdent ou se chevauchent selon les besoins des personnes (Sather et al., 2022). La trajectoire de soins permet d'avoir une vision globale des soins et services dispensés à la personne, dans un secteur et une période donnée (Adeyemi et al., 2013; Sather et al., 2022). Son évaluation représente un levier stratégique pour les décideurs pour l'optimisation et la réorganisation des soins. Elle est également essentielle pour les personnes, car elle contribue à améliorer leur expérience au sein du système de santé (Belan et al., 2022). C'est un outil pertinent pour l'amélioration de la continuité des soins, permettant d'identifier les éventuelles lacunes et les difficultés d'arrimage (Sather et al., 2022; Schrijvers et al., 2012).

### **1.6.1 Les trajectoires de soins aux services d'urgence et l'arrimage avec les autres services**

D'entrée de jeu, la trajectoire de soins pour la population présentant un trouble concomitant est peu étudiée. Considérant l'hétérogénéité de cette population et sur la base de récentes études concernant les trajectoires de soins des personnes présentant un TSM grave ou un TUS (Miele et al., 2023; Roberge et al., 2024), la possibilité d'une unique trajectoire de soins uniforme semble peu probable. Une meilleure compréhension de cette hétérogénéité dans les trajectoires de soins pourrait contribuer à combler les lacunes identifiées dans la littérature.

Plusieurs études mettent en exergue la difficulté, dans les services d'urgence, d'offrir des soins et des services optimaux aux personnes présentant un trouble concomitant (Digel Vandyk et al., 2018; Lavergne et al., 2022a; McIntyre et al., 2022; Sather et al., 2022). En effet, un audit de performance sur l'efficacité du continuum de soins et de services pour les personnes présentant des TSM a fait état de plusieurs constats alarmants, notamment au niveau des délais d'attente (MSSS, 2023a). En 2017-2018, la durée moyenne de séjour à l'urgence dans la région de la Capitale-Nationale pour les visites reliées à la santé mentale était de 15,7 heures et a augmenté à 23,3 heures en 2021-2022 (MSSS, 2023a). Le dépistage du trouble concomitant est également un enjeu dans les services d'urgence, notamment la difficulté de bien détecter le TUS (Dugas et al., 2019; Priester et al., 2016; Wang et al., 2019). Par ailleurs, la revue systématique de Chennapan et al. (2018) sur le dépistage à l'urgence des personnes présentant un TSM a mis en évidence que l'évaluation de la condition mentale était fréquemment réalisée incorrectement (69-80 %) ou même pas du tout. Un autre obstacle mentionné dans la littérature fait également référence au manque de formation du personnel de l'urgence pour l'évaluation et la prise en charge du trouble concomitant (Glowacki et al., 2022; Priester et al., 2016). La transition vers les services externes et le suivi post-congé de l'urgence semblent aussi présenter plusieurs lacunes. L'étude de Fleury et al. (2020) a démontré que 49 % des personnes présentant un trouble concomitant ont revisité les services d'urgence dans un délai de moins de 30 jours suite au congé médical, parmi lesquels 37 % ont été hospitalisés (Fleury et al., 2020). La principale raison

évoquée lors d'une réadmission était la rupture dans la continuité des soins après le congé médical (Fleury et al., 2020). Deux autres études ont identifié des facteurs associés à une réadmission dans un court délai et un facteur en particulier faisait consensus : le manque de communication entre l'urgence et les autres services ou dans le processus de référence (Glowacki et al., 2022; Morris et al., 2018).

L'audit de performance réalisé en 2023 a constaté qu'il est actuellement impossible d'obtenir l'ensemble des informations cliniques nécessaires tout le long du continuum de soins et de services (MSSS, 2023a). Selon cet audit, les conséquences sont similaires à celles évoquées précédemment, soient une prise en charge sous optimale de la personne, notamment dans les services d'urgence ainsi qu'un congé médical fréquemment sans plan de départ adéquat (pas de suivi post-congé, sous-évaluation des facteurs psychosociaux influençant la condition de santé de la personne). Ce constat souligne la nécessité de mener des recherches supplémentaires sur les trajectoires de soins et les mécanismes de transition entre les services. Dans la même visée, une étude de la portée sur la prestation des services pour les personnes présentant un trouble concomitant recommande également une collecte et une diffusion de données de qualité plus cohérentes, notamment au niveau des services d'urgence ainsi que l'élargissement des indicateurs de performance au-delà des facteurs de santé, en incluant ceux liés à la qualité de vie, le logement, l'éducation, le lieu de travail, l'emploi et l'inclusion sociale (Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023).

## **1.7 Vue d'ensemble de la problématique du trouble concomitant et de sa prise en charge**

Les personnes présentant un trouble concomitant constituent une population hétérogène en termes de diagnostics, de facteurs biopsychosociaux associés et de répercussions à long terme (Feczko et al., 2019; Hakobyan et al., 2020). Les liens interactionnels entre tous ces facteurs amènent à reconnaître une perspective syndémique au trouble concomitant (Jain et al., 2022),

mais celle-ci est encore peu étudiée. Malgré la complexité des besoins de cette population, ceux-ci sont fréquemment évalués et pris en charge séparément, et non de manière holistique (Hakobyan et al., 2020). Même si les lignes directrices soutiennent la prestation de services personnalisés et intégrés pour le trouble concomitant, une faible proportion de personnes en bénéficie actuellement, engendrant des difficultés à répondre à leurs besoins (Fantuzzi et Mezzina, 2020; SAMHSA, 2024). Les services d'urgence sont alors fréquemment utilisés, mais les outils et la mise en oeuvre pour dépister, évaluer et prendre en charge le trouble concomitant présentent d'importants défis (Fantuzzi et Mezzina, 2020; INESSS, 2016; Karapareddy, 2019). De plus, bien qu'une continuité des soins soit fréquemment nécessaire entre les services d'urgence et les services externes, peu d'études se sont penchées précisément sur cette transition au niveau du trouble concomitant. Afin d'avoir une vue d'ensemble des soins et des services dans les services d'urgence ainsi que du processus de transition avec les services externes, la trajectoire de soins est un outil pertinent à utiliser (Sather et al., 2022), mais elle est faiblement étudiée chez les personnes présentant un trouble concomitant. Face à ces constats, la mise en relation entre le recours aux services d'urgence, la trajectoire de soins et de services, les besoins de la population ciblée et l'utilisation des services est pertinente, car elle permettra de documenter la situation actuelle et de mettre en évidence les lacunes actuelles ou potentielles dans la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant. Ces résultats permettront de réfléchir à des pistes de solution pour améliorer leur prise en charge et la continuité des soins.



## Chapitre 2 – Cadre conceptuel et recension des écrits

### 2.1 Les modèles de soins

Plusieurs modèles conceptuels ont été élaborés ou empruntés à d'autres domaines pour être utilisés pour la prise en charge du trouble concomitant (CCDUS, 2015; INESSS, 2016; Morisano, 2014). Le trouble concomitant étant considéré comme une problématique chronique et de longue durée (Nadeau et Landry, 2015; Yule et Kelly, 2019), le modèle de soins des maladies chroniques a été utilisé de prime abord (Wagner et al., 1996) ([figure 2.1](#)). Ce modèle a été conçu en réponse à la difficulté des services de santé à répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques et est organisé autour de six composantes interdépendantes. Parmi celles-ci, mentionnons la nécessité pour la personne d'être active dans ses soins par l'autogestion de ses symptômes en complémentarité avec l'équipe de soins, le partage des décisions entre la personne et les professionnels impliqués ainsi que l'utilisation de ressources communautaires pour améliorer le soutien (Bodenheimer et al., 2002). Ce modèle a permis d'améliorer la collaboration entre les services de santé et les services sociaux afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle ciblée (CCDUS, 2015). De plus, les soins et services sont passés d'une culture axée sur la réactivité et le traitement en contexte aigu à une vision plus proactive, planifiée et centrée sur la personne (Bodenheimer et al., 2002; Coleman et al., 2009). Cependant, ce modèle ne tient pas compte des liens de collaboration qui sont nécessaires entre les services de santé et les autres secteurs liés notamment au système judiciaire, au logement, à l'emploi et aux services de proximité (CCDUS, 2015). De plus, selon une méta-analyse, l'utilisation de ce modèle s'est révélée efficace pour certains TSM tels que le trouble dépressif, mais peu pour les troubles mentaux sévères (Miller et al., 2013).

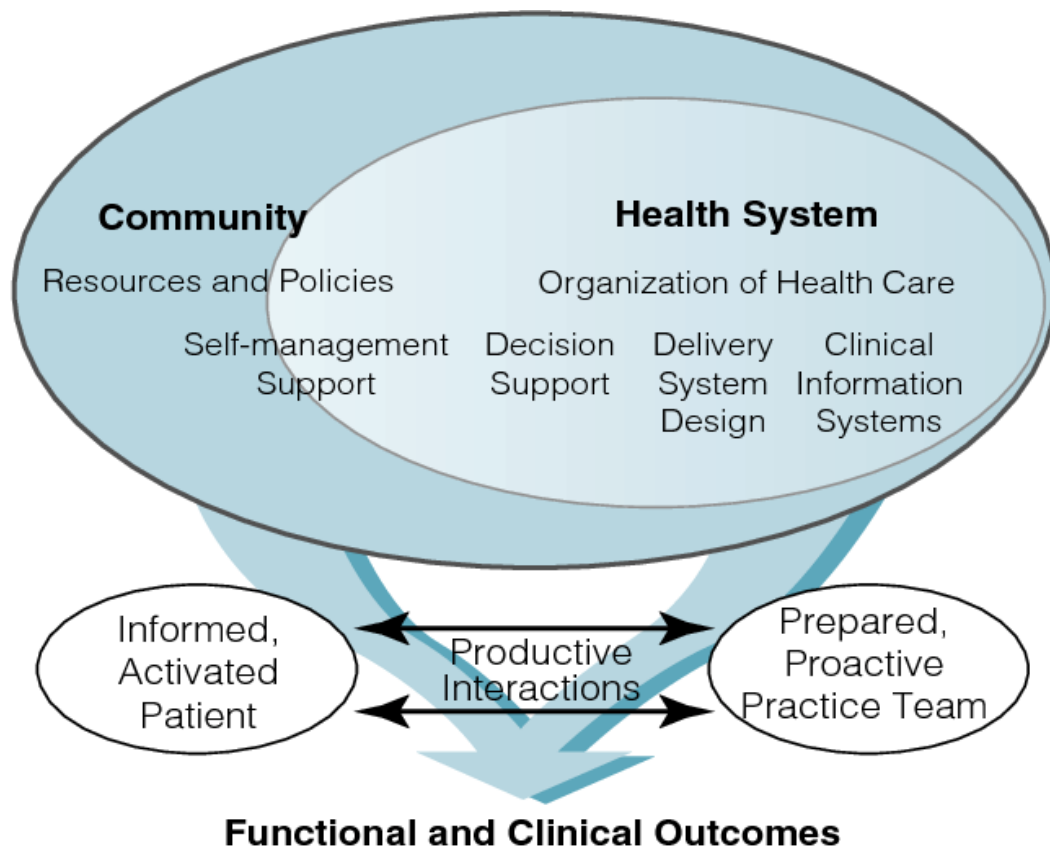


Figure 2.1. – Modèle des maladies chroniques

Source : Wagner (1998)

Le modèle des quatre quadrants (Ries, 1993) a été spécifiquement développé pour assister les établissements de soins de santé dans la sélection et l'organisation de services plus intégrés destinés aux personnes présentant un trouble concomitant (McGovern et al., 2007). Ce modèle pragmatique, structuré en une matrice divisée en quatre quadrants, classifie les personnes dans l'un des quatre quadrants, allant de légers (quadrant I) à sévères (quadrant IV) ([figure 2.2](#)). Selon l'intensité du trouble, les personnes sont dirigées vers le quadrant correspondant et les services en santé mentale et en dépendance offerts sont d'intensités différentes. L'objectif de ce modèle est de diriger la majorité des personnes vers le quadrant I (services de 1<sup>e</sup> ligne et communautaires) et que seul un petit groupe soit dirigé vers le quadrant IV (services de 2<sup>e</sup> ligne, 3<sup>e</sup> ligne et intégrés) (CCDUS, 2015; INESSS, 2016).

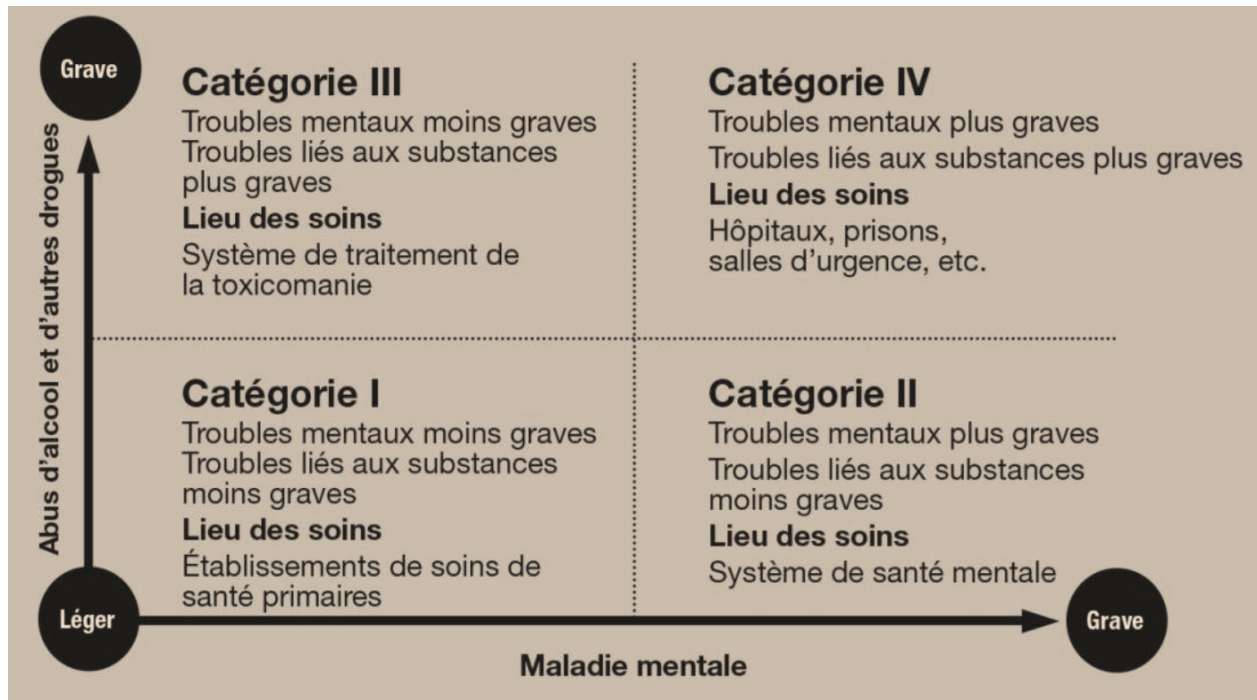


Figure 2.2. – Modèle des quatre quadrants

Source : Center for Substance Abuse Treatment (2005)

Ce modèle a fait une avancée de plus que le modèle de soins des maladies chroniques en favorisant une plus grande collaboration entre les services de santé mentale et de dépendance, visant ainsi une meilleure réponse aux besoins de la population (Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Il est aussi applicable cliniquement pour déterminer les interventions les plus appropriées selon chaque quadrant et accorde une place prépondérante aux services de 1<sup>e</sup> ligne pour la prise en charge de la majorité de la population ciblée (McDonnell et al., 2012; Rush et al., 2008). Toutefois, des limites importantes ont été soulevées, notamment le découpage symétrique des quadrants et la subjectivité dans la classification de la sévérité des TSM et des TUS, considérant l'absence de critères établis permettant de faire la distinction entre les troubles dits « légers » et « sévères » (McDonnell et al., 2012). Une autre lacune concerne la formule restrictive de classification des personnes, considérant uniquement la sévérité du TSM et du TUS, sans inclure les besoins liés aux déterminants sociaux de la santé qui exercent une influence considérable sur la complexité et l'évolution de la problématique (McDonnell et al., 2012; McGovern et al., 2007). Ces facteurs sont d'ailleurs présentés plus explicitement à la [section 2.3](#)

de cette thèse. Finalement, seul le quadrant IV offre des services intégrés alors que plusieurs études recommandent cette approche pour la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; INESSS, 2016; Karapareddy, 2019). Deux études ont testé la validité du modèle et les résultats démontrent que la majorité des personnes se retrouvent non pas dans le quadrant I tel que souhaité, mais plutôt dans le quadrant IV (TSM sévère et TUS sévère), dans lequel les services recommandés sont spécialisés (2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne) et intégrés (McDonnell et al., 2012; McGovern et al., 2007).

En somme, un modèle conceptuel optimal pour la prise en charge du trouble concomitant doit à la fois répondre aux besoins cliniques liés au trouble concomitant, tout en intégrant les facteurs liés aux déterminants sociaux de la santé qui influencent la complexité et l'évolution de la problématique. Il est également essentiel qu'il favorise une intégration des services de santé mentale et de dépendance à différents niveaux ainsi qu'une continuité des soins. En ce sens, le modèle de soins par étapes a été retenu comme cadre conceptuel pour cette thèse.

### **2.1.1 Historique du modèle de soins par étapes**

Le modèle de soins par étapes découle du modèle de soins des maladies chroniques et s'inspire aussi du modèle à niveaux originairement développé au Royaume-Uni afin d'améliorer le traitement des personnes souffrant de troubles dépressifs (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2022a). Le modèle du Royaume-Uni s'appuie sur une classification de sévérité des TSM, les services des niveaux inférieurs étant destinés à des problématiques considérées légères ([figure 2.3](#)).

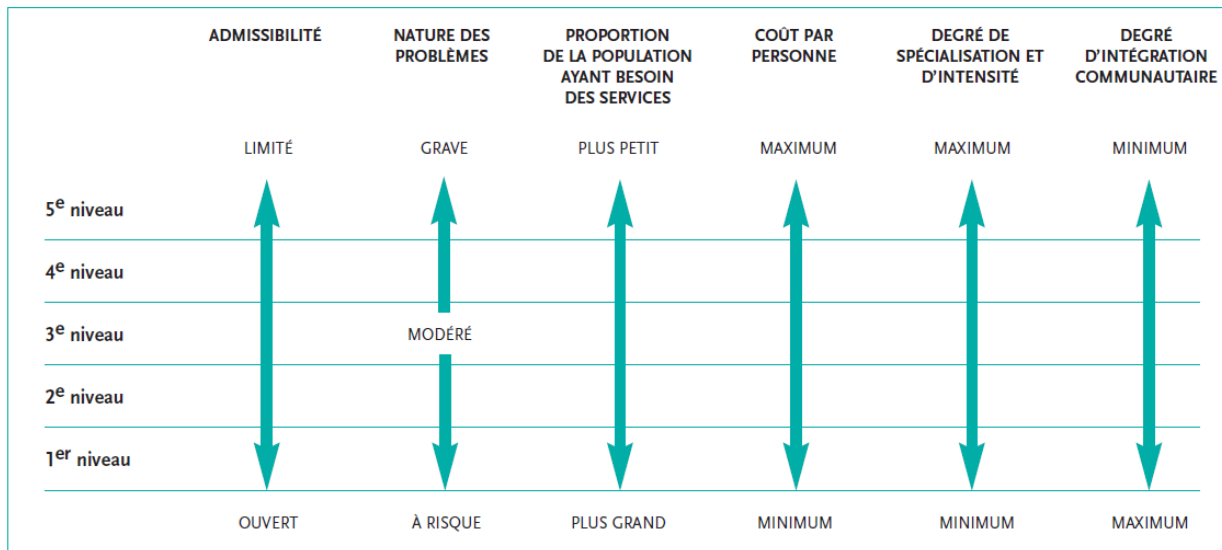


Figure 2.3. – Caractéristiques liées aux différents niveaux

Source : Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement (2008)

Selon ce modèle, plus le niveau est élevé, plus les problématiques sont complexes et plus les services sont multiples et spécialisés (CCDUS, 2015). L'objectif consiste donc à diriger la majorité de la clientèle vers les niveaux inférieurs, tout en s'assurant que les services répondent à leurs besoins. Toutefois, comme le souligne Cornish (2020), ce modèle présentait une lacune majeure pour atteindre cet objectif. En effet, la personne était référée à un niveau en fonction de son profil de signes et symptômes, nonobstant son niveau global de fonctionnement. Cette approche pouvait mener à des inadéquations entre les besoins réels et l'intensité des services offerts. Ainsi, certaines personnes présentant des symptômes sévères étaient dirigées vers des services hautement spécialisés sans en avoir nécessairement besoin, tandis que d'autres, ayant des symptômes plus légers mais des vulnérabilités fonctionnelles marquées, recevaient une réponse insuffisante de la part des services de niveaux inférieurs.

Une première version canadienne du modèle a été élaborée en 2008 pour soutenir la dispensation et la coordination des services en dépendance (Groupe de travail sur la Stratégie

nationale sur le traitement, 2008). Par la suite, les travaux de Rush (2010) ont permis de créer un modèle de soins toujours composé de cinq niveaux, mais intégrant les services en santé mentale et en dépendance ainsi qu'une approche de collaboration multisectorielle et plusieurs composantes sociales, culturelles et environnementales influençant la problématique, afin d'offrir une dispensation de services plus efficiente et satisfaisante pour les personnes présentant un trouble concomitant (figure 2.4) (CCDUS, 2015; Rush, 2010).

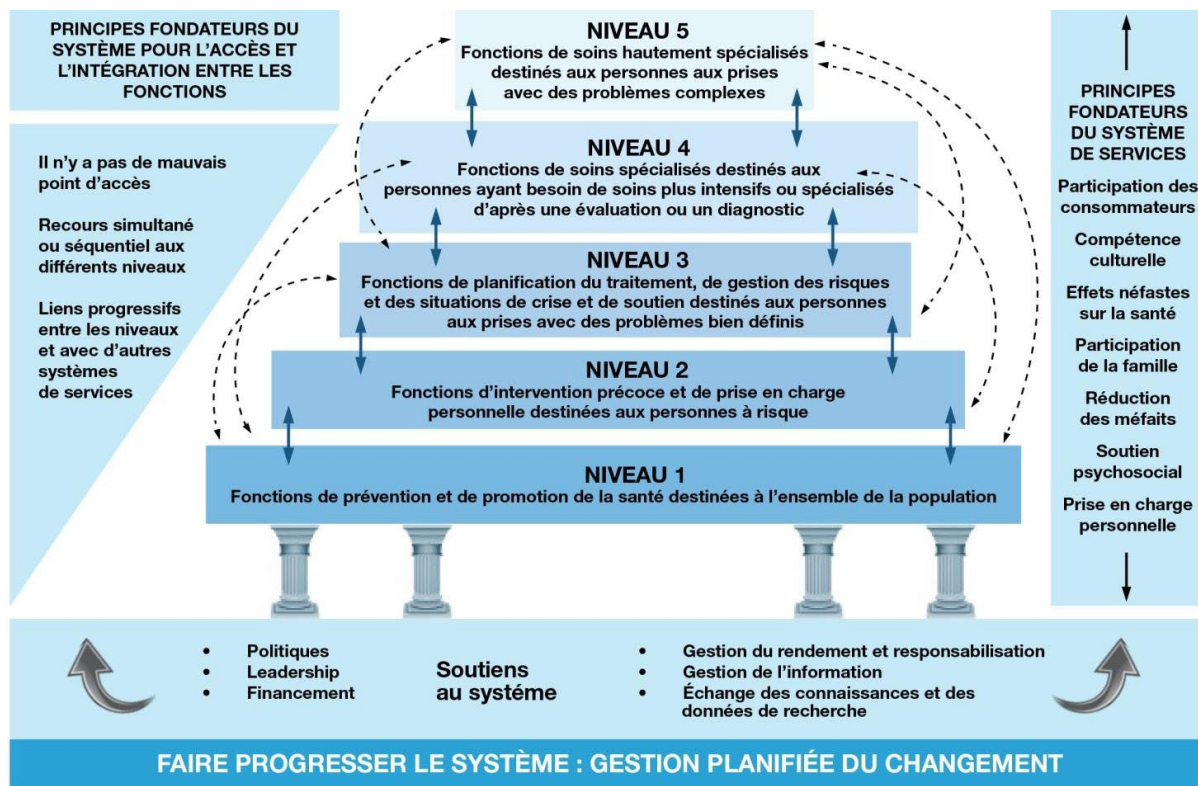


Figure 2.4. - Modèle à niveaux

Source : CCDUS (2015) (Adapté de Rush, 2010)

La principale innovation de ce modèle concerne la conceptualisation de la sévérité de la problématique. Au lieu de définir la sévérité seulement par les symptômes du trouble, Rush (2010) la définit par trois dimensions interreliées : l'acuité (niveau d'urgence ou de risque de préjudice du trouble), la chronicité (développement ou aggravation de la condition sur le long

terme) et complexité (présence et influence des facteurs sociaux et environnementaux sur l'évolution du trouble).

Ce modèle de soins, maintenant nommé modèle de soins par étapes, a été repris par le MSSS et inséré dans le modèle de continuum intégré des services de proximité pour le Réseau de la santé et des services sociaux, lequel est présenté dans le PAISM 2022-2026 (figure 2.5) (MSSS, 2022d). Le modèle de soins par étapes du MSSS inclut quatre étapes au lieu des cinq proposées dans la version originale. Bien que la justification de cette modification ne soit pas explicitée, il est plausible que le premier niveau, destiné à la population générale, ait été retiré considérant que le modèle du MSSS s'adresse à une population présentant déjà une problématique.



Figure 2.5. - Modèle de continuum intégré des services de proximité

Source : MSSS (2022d)

## 2.1.2 Description du modèle de soins par étapes

Le modèle de soins par étapes permet de représenter la gamme de services offerts aux personnes présentant un trouble concomitant. Le [tableau 2.1](#) présente une description abrégée des quatre étapes du modèle.

Tableau 2.1. – Description abrégée du modèle de soins par étapes

|   |   |
|---|---|
| Étape 1<br>Interventions précoces, aiguës ou de courte durée (services généraux)  | Étape visant les personnes présentant des problèmes émergents, réversibles, ponctuels ou de courte durée. Ses fonctions incluent le dépistage, l'identification, l'information et l'orientation vers d'autres services ainsi que des interventions brèves.  |
| Étape 2<br>Planification du traitement, soutien ciblant les personnes avec des problèmes identifiés (services spécifiques)                      | Étape visant les personnes ayant des problèmes ou diagnostics identifiés, mais qui ne sont pas engagées dans un traitement spécialisé ou qui l'ont complété. Ses fonctions peuvent constituer une porte d'entrée vers les niveaux supérieurs de soins spécialisés ou vers les fonctions de l'étape inférieure. Cette étape inclut un suivi à durée variable, la planification des interventions et du traitement et également des fonctions de l'étape 1.   |
| Étape 3<br>Soins spécialisés ciblant les personnes ayant besoin de soins plus intensifs ou spécialisés  | Étape visant les personnes présentant une situation complexe nécessitant des services spécialisés et pour une plus longue durée. Cette étape comprend, entre autres, la majorité des fonctions des services spécialisés en santé mentale et en dépendance, dont les interventions en ambulatoire, centre hospitalier ou en hébergement, y compris la pharmacothérapie et la psychothérapie. La fonction est indépendante du lieu de prestation (ex. : un médecin de 1 <sup>e</sup> ligne prescrivant une pharmacothérapie fournit une fonction de l'étape 3). |
| Étape 4<br>Soins hautement spécialisés ciblant les personnes avec des problématiques complexes ou présentant un faible niveau de fonctionnement | Étape visant des problèmes particulièrement complexes ou sévères de santé mentale et de dépendance, présentant des besoins notamment au niveau du fonctionnement global, des problèmes judiciaires ou de l'itinérance (ex. : services médico-légaux en hospitalisation, services médicaux hospitaliers de sevrage, soins psychiatriques hospitaliers à long terme).   |

Adapté de Rush (2010)

Si l'on compare le modèle de soins par étapes avec les trois lignes de services au Québec, les étapes 1 et 2 font référence aux services de 1<sup>e</sup> ligne, alors que les étapes 3 et 4 font référence aux services de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne respectivement (voir [section 1.4](#)). La première étape (services sociaux généraux) constitue l'une des principales portes d'entrée du RSSS pour l'ensemble de la population. Ces services ont la responsabilité de répondre à toute personne qui présente un besoin social ou psychologique, sans diagnostic ou non, et de l'orienter vers les services appropriés. La fonction de prévention de l'étape 1 vise la prévention primaire (avant le développement d'une problématique), secondaire (minimiser les impacts d'une problématique établie) et tertiaire (diminuer les risques de rechute). L'étape 2 fait référence à des services spécifiques en santé mentale et dépendance, assurés par des équipes interdisciplinaires qui offrent des interventions individuelles, familiales ou de groupe, ciblant les personnes avec des symptômes ou un trouble diagnostiqué. En plus de fournir les premières interventions et approches de traitement dans le cadre du modèle de soins par étapes, ces équipes assurent la continuité des soins en orientant les personnes vers les services spécialisés lorsque la situation l'exige. Elles exercent également une fonction centrale de liaison et de coordination au sein du continuum de soins. Les services offerts incluent notamment l'accueil des demandes, l'évaluation des besoins, l'orientation vers le niveau de soins approprié, ainsi que le soutien aux partenaires et la fluidité entre les étapes. La troisième étape regroupe les soins et services spécialisés pour les personnes nécessitant des soins plus intensifs ou à plus long terme ainsi que pour celles dont le fonctionnement social est altéré. Les services offerts incluent le diagnostic, le traitement et le suivi. Les unités d'hospitalisation en psychiatrie, les centres de réadaptation en dépendance, l'hôpital de jour ainsi que les cliniques externes font partie de cette étape. Selon l'intensité des services, les programmes SIM et SIV peuvent faire partie de la deuxième ou la troisième étape. L'étape 4 regroupe les soins surspécialisés destinés aux personnes présentant des problématiques complexes, difficiles à stabiliser ou ayant une perte d'autonomie fonctionnelle importante. Deux exemples d'établissement offrant ces soins sont les instituts universitaires de santé mentale (Québec et Montréal) et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Plusieurs aspects clés de ce modèle sont énumérés ci-dessous (CCDUS, 2015; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; MSSS, 2022d; Rush, 2010) :

- Le système est vu comme un système totalement intégré;
- La vision holistique de la personne permet de l'orienter non pas en fonction de ses symptômes ou diagnostics, mais en fonction de ses besoins et préférences;
- Le parcours de soins et les services sont non linéaires, sans qu'une intervention soit préalable à une autre;
- Une approche selon le principe du *no wrong door* est un élément central. Selon ce principe, aucune personne et sa famille ne devraient être refusées sous prétexte qu'elles ne se sont pas présentées au bon endroit. La personne peut accéder aux services sans égard à l'endroit où elle est entrée dans le système. Une évaluation de sa situation permettra de la rediriger vers les services les plus appropriés. Afin que ce principe puisse fonctionner efficacement, une structure organisationnelle souple, adaptée aux besoins des personnes et possédant des mécanismes de liaison et de transfert entre les étapes est indispensable;
- La personne est cliente de tout le système et n'est pas rattachée à un seul fournisseur de soins. Selon la situation et les périodes de vie, les services pourront varier et être plus ou moins spécialisés. Cependant, les périodes de transition entre les étapes constituent des moments charnières, considérant les fréquentes pertes de suivi pendant celles-ci.

### **2.1.3 Pourquoi choisir le modèle par étapes ?**

Le cadre conceptuel utilisé pour cette thèse s'appuie sur le modèle de soins par étapes du MSSS (2022d) (voir [figure 2.6](#)). La collecte des données pour ce projet vise à recueillir des informations provenant de visites effectuées dans les services d'urgence et des demandes de services en 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Certaines composantes des trois premières étapes ainsi que les services en communauté seront étudiées. Toutefois, la 4<sup>e</sup> étape, soit les services surspécialisés, ne sera pas abordée dans le cadre de cette thèse. L'urgence et la transition vers la 2<sup>e</sup> étape (zone orange)

constituent le lieu central où sera réalisé le premier objectif de la thèse. Le deuxième objectif portera son attention sur les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne offerts et reçus par la population étudiée (zone verte), alors que le troisième objectif visera les services des trois zones (zones orange, verte et bleue).

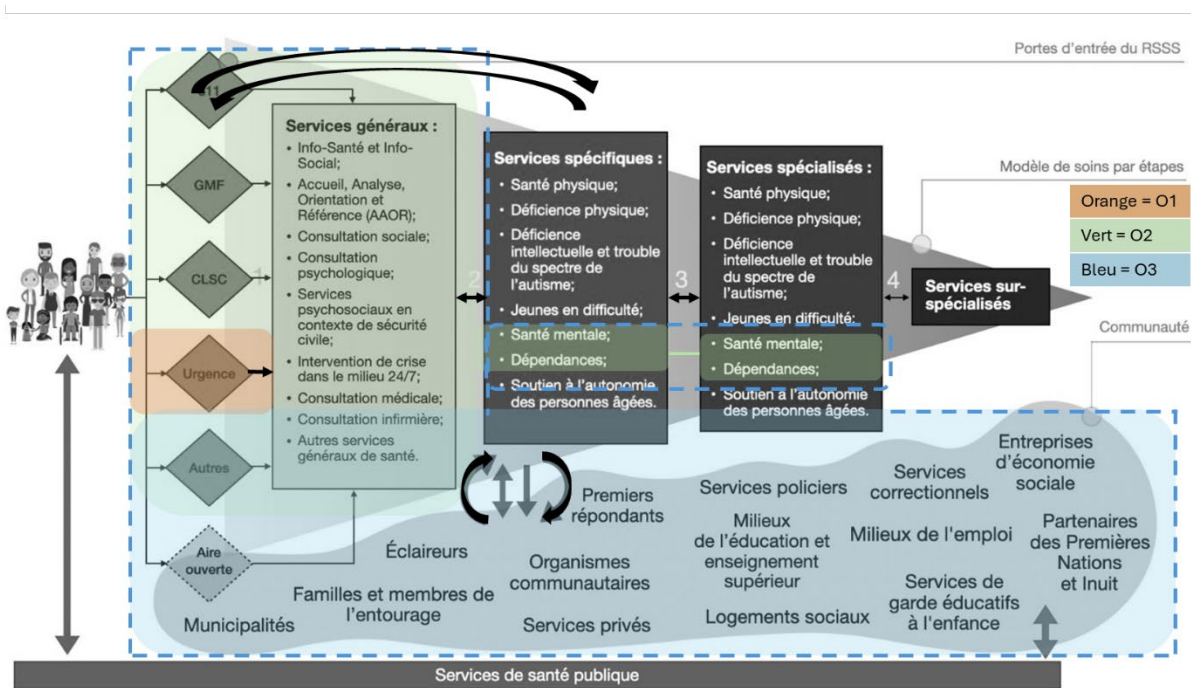


Figure 2.6. – Modèle de soins par étapes utilisé dans cette thèse

Adapté de MSSS (2023b)

Deux principes fondamentaux illustrés dans la partie gauche du modèle par paliers de Rush (2010), mais ne se retrouvant pas dans le modèle par étapes du MSSS (2022d), guident également les objectifs et la finalité de ce projet doctoral. Ces principes, soient l'intégration progressive de tous les services et systèmes ainsi que le relais entre les étapes et les autres services et systèmes, constituent la pierre d'assise de la prise en charge du trouble concomitant. Tel que mentionné dans la littérature, le modèle par étapes a été développé afin d'être utilisé comme un outil de planification pour le développement d'un système intégré de services, le long d'un continuum de soutien, de manière à offrir une intensité d'interventions appropriée en réponse aux besoins des personnes, dans des contextes variés (Cornish, 2020; Morisano et al.,

2014; Mughal et al., 2023). Les orientations proposées visent notamment à établir des ponts entre les multiples services de santé mentale et de dépendance et à réduire la fragmentation des soins (Mughal et al., 2023). Toutefois, la sélection des services à inclure, l'expertise requise, les technologies mobilisées et les modalités d'accès doivent demeurer flexibles et adaptées aux réalités locales. Bien que le modèle par étapes du MSSS (2022d) sélectionné pour cette thèse ne présente pas concrètement l'étape de prévention et de promotion de la santé, celle-ci est implicitement présente à tous les niveaux. Dans un objectif de rétablissement, la prévention et la promotion sont des interventions essentielles afin de prévenir la rechute, diminuer les effets délétères associés aux comportements à risque et améliorer la condition de santé de la personne.

Les prochaines sections de ce chapitre abordent les concepts majeurs associés à ce projet de thèse, soient le trouble concomitant, la syndémie, l'approche intégrée et la trajectoire de soins et de services.

## 2.2 Le trouble concomitant

Influencé par l'augmentation croissante du nombre de personnes présentant plus d'une problématique de santé, le concept de comorbidité a été introduit en médecine générale par Feinstein en 1970 sous le terme de *comorbidity* et défini comme « toute » entité distincte ajoutée à une condition médicale existante (Feinstein, 1970). Le terme *multimorbidity* a ensuite été introduit en 1976 pour décrire la présence de deux ou plusieurs maladies chez une même personne, d'égale importance, et sans égard à l'ordre de survenue (van den Akker et al., 1996). Le concept a été appliqué à la psychiatrie vers le milieu des années 1980, avec le terme *dual diagnosis*, décrivant la présence simultanée d'un TSM et d'un TUS (el-Guebaly, 1990). Cependant, la littérature fait état d'interprétations multiples du concept de trouble concomitant ainsi que de différentes théories en ce qui concerne la nature des relations entre les troubles (p. ex. : relation causale, aucune interaction). Plusieurs problématiques ont été soulevées au regard du concept de trouble concomitant, entravant l'élaboration d'une conceptualisation consensuelle (Meghani et al., 2013). Selon Meghani et al. (2013), ces problématiques sont notamment : 1) l'inadéquation

du système nosologique, 2) l'hétérogénéité des définitions, et 3) la présence de nombreux modèles étiologiques.

### **2.2.1 Inadéquation du système nosologique**

L'absence de standardisation au niveau de la terminologie à employer pour désigner le trouble concomitant est déplorée dans la littérature. Les premières études à rapporter cette absence de consensus ont souligné comment ces différents termes pouvaient être utilisés pour définir différents types de comorbidités, sans savoir à quelle population spécifique ils réfèrent (Lieberman et Bowers, 1990; McKeown et al., 1998). Par exemple, le terme double diagnostic réfère souvent à la présence simultanée d'un TSM et d'une déficience intellectuelle (CTSM, 2002), alors que le terme comorbidité peut référer à un ensemble de TSM et de troubles physiques (Office québécois de la langue française, 2024). Tant dans la langue anglaise que française, il existe une polysémie de termes. Dans les pays francophones, les termes comorbidités, pathologie duelle et double problématique (Boumendjel et Benyamina, 2016; CTSM, 2025) sont utilisés de façon interchangeable alors que dans les pays anglophones, ce sont les termes *comorbidity*, *dual diagnosis*, *co-occurring disorder*, *multimorbidity* et *dual disorder* qui prévalent (CTSM, 2002; Fava et al., 2014; Fédération Addiction, 2019; Meghani et al., 2013, Szerman et al., 2018). Au Québec, une préférence a été accordée au terme trouble concomitant, car ce dernier considère les TSM et les TUS en termes de pluralité et non comme une dualité (CTSM, 2002). De plus, ce terme rend mieux compte de la complexité du phénomène (CTSM, 2002; Office québécois de la langue française, 2024). Tel que souligné dans Nadeau (2001) : « la plupart des patients mis en cause prennent non pas une mais plusieurs substances; ils présentent le plus souvent non pas un mais plusieurs troubles mentaux [...] » (Nadeau, 2001 p.9). À l'instar du Québec, le terme trouble concomitant a été retenu pour cette thèse.

### **2.2.2 Hétérogénéité des définitions**

L'absence de consensus sur la définition du trouble concomitant constitue également une problématique bien documentée dans la littérature (Iudici et al., 2020; Meghani et al., 2013).

Meghani et al. (2013) soulignent notamment la polysémie des termes utilisés, qui entraîne une multiplicité de définitions. La revue de littérature de Valderas et al. (2009) sur les différentes définitions existantes du concept de comorbidité a fait ressortir quatre distinctions majeures : 1) la nature de la condition de santé (les différents diagnostics associés), 2) l'importance relative de la concomitance (diagnostic principal versus égale importance), 3) la chronologie dans la survenue des problématiques (simultanée versus séquentielle), et 4) les conceptualisations élargies (relations d'influence entre les diagnostics). La revue de la littérature de Iudici et al. (2020) présente également des constats similaires.

Toutes ces caractéristiques plus ou moins contradictoires rendent difficiles l'élaboration d'une définition homogène. La définition simplifiée retenue par Santé Canada et qui perdure encore aujourd'hui est « l'association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives » (CTSM, 2002, p.V). Cependant, cette définition ne tient pas compte de la diversité des combinaisons possibles entre les TSM et les TUS, ni de la complexité de leurs interrelations. Bien que plusieurs théories étiologiques aient été proposées pour expliquer le trouble concomitant, aucune ne fait actuellement l'objet d'un consensus.

### **2.2.3 Modèles étiologiques du trouble concomitant**

Cinq modèles étiologiques principaux ont été décrits depuis plusieurs années : le modèle du TUS secondaire, le modèle du TSM secondaire, le modèle des facteurs communs, le modèle bidirectionnel et l'absence de relation étiologique.

#### **2.2.3.1 Modèle du TUS secondaire**

Ce modèle suppose que la présence d'un TSM chez une personne va influencer l'apparition d'un TUS, la théorie la plus connue étant celle de l'automédication développée par Khantzian (1985). Cette théorie stipule qu'une personne va chercher à consommer une substance pour

atténuer une souffrance ou une émotion vécue et sa consommation à long terme entraînera le développement d'un TUS. Pour certaines personnes, la raison invoquée pour une automédication est reliée à une difficulté d'accès aux services notamment par un manque de transport, la peur d'être stigmatisé ou des contraintes de temps (Smith et al., 2017). Des liens spécifiques ont été démontrés entre certains TSM et TUS, tels que le TUS lié aux opioïdes et les troubles anxio-dépressifs, ainsi que le TUS lié à l'alcool et le trouble de stress post-traumatique (Hinostroza et Mahr, 2025; Martins et al., 2012; Smith et al., 2017). À l'inverse, certaines études rapportent plutôt que les personnes présentant un TSM vont plutôt choisir de consommer une substance en fonction notamment de sa disponibilité sur le marché ou par préférence (Khantzian, 1997; Mueser et al., 1998; Smith et al., 2017).

### **2.2.3.2 Modèle du TSM secondaire**

Initialement étudié dans les années 1960 chez des personnes consommant des substances stimulantes ou hallucinogènes, ce modèle a démontré que la présence d'un TUS influençait le développement d'un TSM, dans ce cas-ci, l'apparition de troubles psychotiques (Mueser et al., 1998). Toutefois, ce modèle s'est avéré valide pour certains troubles seulement (APA, 2022). Deux récentes revues de la littérature ont mentionné le développement de psychoses ou de troubles schizophréniques suite à la consommation excessive de substances stimulantes (amphétamines et ses dérivés, cocaïne) et hallucinogènes (cannabis, MDMA, psilocybine) (Fiorentini et al., 2021; Khokhar et al., 2018), mais aucune étude ne semble démontrer l'apparition de troubles psychotiques persistants avec les dépresseurs ou les opioïdes (Tandon et Shariff, 2019). Cependant, les deux catégories de substances les plus susceptibles d'induire un trouble dépressif ou anxieux sont les dépresseurs (alcool, benzodiazépines, sédatifs, anxiolytiques, hypnotiques) et les stimulants (cocaïne, amphétamines) (APA, 2022).

### **2.2.3.3 Modèle des facteurs communs**

Ce modèle stipule que le TSM et le TUS partagent des facteurs étiologiques communs. Toutefois, il est plus difficile à étudier, considérant la difficulté de prouver scientifiquement le lien

causal de ces facteurs communs, tout en excluant la possible influence d'autres facteurs (Nadeau et Landry, 2015). Plusieurs facteurs ont été étudiés, notamment les facteurs d'ordre génétique et neurobiologique, environnemental et développemental (Mueser et al., 1998; Nadeau et Landry, 2015; Szerman et al., 2013). Dans les dernières années, les recherches ont démontré que les vulnérabilités génétiques et neurobiologiques pouvaient jouer un rôle important dans le développement de plusieurs cas de troubles concomitants, notamment la boulimie (Carbaugh et Sias, 2010), les troubles anxieux (Clark et al., 2021) ainsi que le trouble dépressif et le TUS lié à l'alcool (McHugh et Weiss., 2019). Les événements traumatiques survenus dans l'enfance ainsi que certains facteurs environnementaux sont aussi des facteurs communs au développement de certains TSM et TUS, notamment dans le cas de la schizophrénie (Khokhar et al., 2018; Rudzinski et al., 2017) et des troubles anxieux (Clark et al., 2021).

#### **2.2.3.4 Modèle bidirectionnel**

Le modèle bidirectionnel implique que certains facteurs de risque liés au TUS soient présents pour provoquer l'apparition d'un TSM et inversement. Une étude contrôlée randomisée sur une période de 12 semaines a étudié la relation entre la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et la consommation d'alcool la semaine suivante, ainsi que la relation inverse (Tripp et al., 2020). Les résultats ont démontré qu'une augmentation de la sévérité des symptômes de stress post-traumatique était associée à une consommation d'alcool plus élevée la semaine suivante et qu'une consommation accrue d'alcool était, à son tour, liée à une plus grande sévérité ultérieure des symptômes de stress post-traumatique, supportant le modèle bidirectionnel. L'équipe de Pacek (2013) a aussi démontré la bidirectionnalité entre les troubles dépressifs et le TUS lié à l'alcool de même qu'entre les troubles dépressifs et le TUS lié au cannabis.

#### **2.2.3.5 Absence de relation étiologique**

Enfin, il est aussi possible que chaque trouble se développe indépendamment de l'autre (absence de relation étiologique). Cette hypothèse est peu plausible si l'on tient compte des

données épidémiologiques qui indiquent que les troubles concomitants ont une prévalence nettement supérieure à la proportion qui serait attendue par simple hasard (Morisano et al., 2014; Nadeau et Landry, 2015).

Ces cinq modèles ne sont pas mutuellement exclusifs et les évidences scientifiques sont fréquemment contradictoires. Compte tenu de l'hétérogénéité des personnes présentant un trouble concomitant, plusieurs facteurs peuvent influencer l'étiologie de ces troubles. La littérature disponible à ce jour ne permet pas de statuer sur un modèle étiologique unique et consensuel (Nadeau et Landry, 2015; Iudici et al., 2020).

#### **2.2.4 La relation dynamique de maintien dans le trouble concomitant**

Bien que plusieurs théories étiologiques soient possibles, la dynamique relationnelle et de maintien du trouble concomitant semble plus unanime. Les liens dynamiques existants dans le trouble concomitant amènent à considérer que celui-ci ne peut être réduit à la simple coexistence de deux diagnostics indépendants : il s'agit plutôt d'un processus interactif où les TSM et les TUS s'influencent mutuellement de façon réciproque et synergique. Ce phénomène est décrit comme un cycle d'autoperpétuation dans lequel les facteurs biopsychosociaux négatifs associés à l'un des troubles aggravent ceux de l'autre, contribuant ainsi au maintien et à la complexification du trouble (Peele, 1982; Smith et Randall, 2012). Le *cycle de l'assuétude*, proposé par Peele (1982), illustre bien cette dynamique. Selon ce modèle, la dépendance ne repose pas uniquement sur des mécanismes physiologiques, mais découle également d'un comportement ou d'une expérience procurant un soulagement rapide et donnant l'impression à la personne de mieux pouvoir faire face à un événement perçu comme stressant. La consommation de substances agit ainsi comme mécanisme d'évitement, réduisant temporairement la détresse psychologique, mais affaiblissant à long terme la capacité d'adaptation de la personne. Ce processus alimente un cercle vicieux, où la personne a de plus en plus peur de faire face aux situations problématiques et consomme afin de fuir la réalité. Des sentiments de honte et de culpabilité ainsi qu'une faible estime de soi s'installent, entravant la capacité à sortir de ce cycle. La consommation de substances devient

alors centrale dans la vie de la personne, à la fois source de soulagement, mais également génératrice d'émotions difficiles et de comportements à risque. La [figure 2.7](#) illustre le cycle de l'assuétude et ses différentes phases.

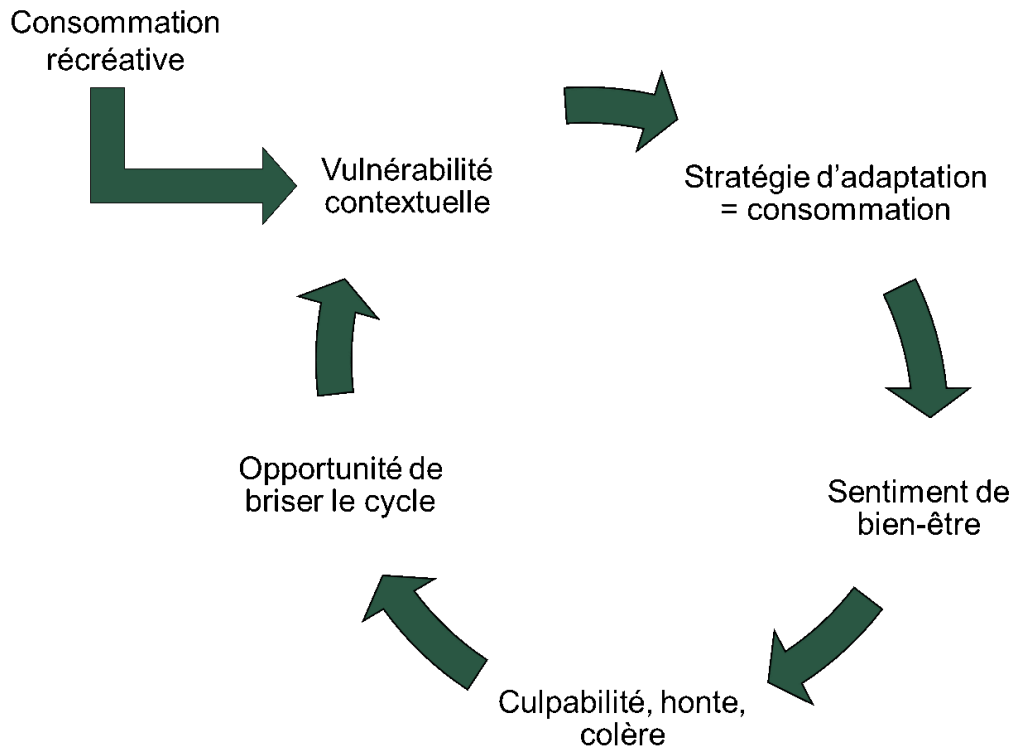


Figure 2.7. - Cycle de l'assuétude  
(Adapté de Peele, 1982; Suissa, 2008)

La consommation de substances est utilisée comme une stratégie d'adaptation, procurant un sentiment de bien-être, mais de courte durée. Les émotions éprouvantes reviennent ainsi qu'une insatisfaction de la situation. À ce moment, une opportunité de briser le cycle est possible,

en cherchant des stratégies d'adaptation plus efficaces ou des services d'aide. En l'absence d'intervention ou face à des soins inadaptés, le cycle tend à se répéter.

La relation entretenue dans le trouble concomitant est bien connue, mais elle est également influencée par la sévérité de ses troubles et par des facteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. Ces multiples facteurs interagissent souvent de façon synergique, complexifiant la prise en charge (Nadeau et Landry, 2015). Le modèle syndémique apparaît particulièrement pertinent pour mettre en lumière cette relation synergique.

## **2.3 La syndémie du trouble concomitant**

Il existe plusieurs façons de conceptualiser une problématique de santé mentale. La conception ontologique définit la maladie comme une entité distincte et discrète, séparée des autres maladies ainsi que de l'environnement et du contexte social dans laquelle elle évolue (Méthot, 2016). D'autres conceptualisations ont émergé, démontrant l'influence de multiples facteurs sur une problématique de santé. Le modèle syndémique de la santé reconnaît une conception biosociale de la maladie, dans laquelle plusieurs facteurs interagissent de manière synergique entre eux (Singer et Clair, 2003).

### **2.3.1 Concept de syndémie**

Le concept de syndémie, découlant d'orientations théoriques biosociales, a émergé dans la littérature pour la première fois au début des années 1990, en lien avec la flambée de la pandémie de SIDA qui sévissait à l'époque chez les personnes consommant des substances injectables (Singer, 1994). La première situation syndémique, décrite en 1996, mettait en évidence les interactions entre la consommation de substances injectables, la violence et la population atteinte du SIDA (Singer, 1996). Plusieurs facteurs sociaux auxquels était confrontée cette population et influençant la situation syndémique ont aussi été décrits : un niveau élevé de pauvreté, un harcèlement policier fréquent, une difficulté d'accès à des soins de santé ainsi

qu'aux services en dépendance, une stigmatisation quotidienne et une prévalence élevée d'itinérance. Le concept de syndémie a gagné en popularité à partir de 2015 où le nombre de citations incluant ce terme a progressivement augmenté dans la littérature (Singer et al., 2020).

Ce concept se distingue des autres modèles biomédicaux par une approche plus holistique de la maladie qui met l'emphasis sur les influences interactionnelles entre les facteurs biologiques, sociaux, environnementaux et structurels (Singer et Clair, 2003). Il va donc bien au-delà des concepts médicaux de multimorbidité ou comorbidité, dans lesquels l'influence de ces facteurs est peu considérée (Singer et al., 2017). La définition du concept de syndémie, retenue dans le cadre de cette thèse est celle de Singer et al. (2020) :

Interactions that involve the clustering of at least two diseases or health burdens within a defined population, the bio–bio interactions of these health burdens that result in worse disease, and shared social or structural factors within the populations that further exacerbate the biological conditions creating a true synergy rather than simply co-occurrence of disease or the addition of varied health and social factors.  
(p.947-948)

Un article récent de Singer et al. (2022) a apporté deux nouveaux éléments au concept de syndémie, la syndémogénèse et l'hétérogénéité locale. La syndémogénèse est définie comme les processus et les étapes de développement d'une situation impliquant un contexte social et des interactions entre deux problématiques. Selon cet article, il existe un partage de facteurs étiologiques communs entre les problématiques générant la syndémie (Singer et al., 2022). La syndémogénèse d'une situation syndémique est conditionnelle à la présence d'un contexte particulier, dans une période et une population donnée. Si les facteurs sociaux, structurels et environnementaux ne sont pas présents ou n'engendrent pas d'impacts chez la population ciblée, la syndémie ne sera pas générée. Toutefois, même si des facteurs étiologiques peuvent être communs dans la syndémogénèse, une certaine variabilité est présente. L'hétérogénéité locale

désigne la variabilité des facteurs individuels, sociaux, biologiques, psychologiques et environnementaux qui influencent différemment l'expression d'une syndémie selon les personnes (Singer et al., 2022). Ainsi, même si deux personnes présentent un trouble concomitant similaire, les facteurs influençant la problématique peuvent diverger. Malgré cette hétérogénéité, la situation de chaque personne affectée est considérée comme une syndémie.

Les premières études, datant des années 1990, ont étudié le caractère syndémique du VIH avec différentes pathologies, telles que le virus de l'infection à l'hépatite B et/ou de l'hépatite C (Clementi et al., 2020) et *mycobacterium tuberculosis* (Pawslowski et al., 2012). Par la suite, d'autres études ont mis en évidence des interactions entre des problématiques non transmissibles telles que l'asthme et les virus respiratoires (Singer et Clair, 2003) ainsi que la consommation de tabac et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (Marshall, 2014). La syndémie a aussi été étudiée auprès de différentes populations considérées vulnérables : la communauté LGBTQIA2S+ (Ferlatte et al., 2018; Ouafik, 2019), les populations immigrantes (Ofosu et al., 2022; Willen et al., 2017) et les personnes consommatrices de substances injectables (Clementi et al., 2020). Plus récemment, le concept de syndémie a été appliqué aux interactions entre la Covid-19 et l'obésité, le diabète, le syndrome respiratoire sévère aigu ainsi que les maladies cardiaques et rénales (Lepelletier et al., 2022; Rálaigh, 2021; Schmidt-Sane et al., 2021). Il a aussi été démontré que les TUS ont une influence non négligeable dans plusieurs syndémies (Butt et al., 2017; Clementi et al., 2020; Gilbert et al., 2015; Tsai et Burns, 2015) ainsi que les TSM (Mendenhall et al., 2017, Tan et al., 2016; Tsai et Burns, 2015; Weaver et Mendenhall, 2014; Weaver et Kaiser, 2022).

### **2.3.2 Qu'est-ce qu'une syndémie?**

Une syndémie implique l'association d'au moins deux problématiques de santé qui, ensemble, vont s'influencer de manière synergique et exacerber mutuellement leurs effets délétères (Singer et al., 2017). Différentes problématiques de santé peuvent agir de manière synergique (nommés facteurs biologiques dans les prochaines sections), notamment les

infections virales ou bactériennes, les maladies chroniques (p. ex. : diabète), les TSM, les TUS et les problématiques comportementales. Ces facteurs biologiques sont fréquemment concentrés de manière anormalement élevée dans une population donnée et leur émergence est plus fréquente en présence d'inégalités sociales de santé liées aux déterminants sociaux de la santé (Singer et al., 2003). Ces inégalités sociales de santé, ci-après nommées facteurs syndémiques, consistent en une répartition inégale des ressources entre des groupes sociaux sur le plan des facteurs biologiques (problématiques de santé), sociaux (itinérance, revenu, stigmatisation), culturels (origine ethnique, langue), environnementaux (qualité de l'air) et structurels (accès aux soins de santé) (Boucher et al., 2024). Certaines populations considérées vulnérables, telles que les personnes présentant un trouble concomitant, font face à plusieurs facteurs syndémiques simultanément. Ces derniers ont tendance à s'accumuler et interagir de manière synergique pour créer un phénomène amplifié et complexifié (Singer et al., 2017). Ces facteurs syndémiques sont aussi importants à considérer que les facteurs biologiques, car ils exacerbent la sévérité et la progression de la situation syndémique (Singer et al., 2017), augmentent le niveau de détresse psychologique et élèvent le risque de décès prématuré, notamment par le développement d'idées suicidaires (Coid et al., 2021).

Dans le domaine des soins de santé, la littérature portant sur la perspective syndémique appliquée aux TSM indique que la présence d'une syndémie modifie les caractéristiques cliniques des TSM impliqués, ce qui complique et retarde le processus diagnostique, diminue l'efficacité des traitements conçus pour une seule pathologie et entraîne par le fait même une augmentation des coûts de soins de santé (Jegade et al., 2022; Mendenhall, 2017; Mendenhall et al., 2017; Pirrone et al., 2021; Singer et al., 2003; Singer et al., 2017).

### **2.3.2.1 Facteurs biologiques**

Les interactions entre les facteurs biologiques sont centrales dans le concept de syndémie, mais la nature des interactions peut varier (Singer et al., 2017). Par exemple, des changements biochimiques ou une détérioration d'un organe causé par une problématique de santé peut

faciliter la dissémination ou accélérer les dommages causés par une autre problématique. Un exemple significatif de cette interaction syndémique est la co-infection entre le virus de l'hépatite C et le VIH (Perlman et Jordan, 2018) ou entre la consommation de tabac et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (Marshall, 2014). D'autres facteurs biologiques ne requièrent pas d'interactions physiques directes entre les deux problématiques de santé, mais ont comme conséquence une détérioration plus rapide de l'état de santé, comparativement à la présence d'une seule problématique. C'est le cas notamment des troubles dépressifs en interaction avec le diabète de type 2 (Mendenhall et al., 2017).

### **2.3.2.2 Facteurs sociaux**

Les interactions entre les problématiques de santé ne se produisent pas dans un vide social. Les facteurs sociaux, dans le concept de syndémie, ont une importance prépondérante. Par exemple, la vulnérabilité à certaines problématiques est exacerbée dans des conditions sociales telles que la pauvreté, la stigmatisation, le stress, les situations traumatiques et l'isolement social (Singer et al., 2017; Emard et al., 2017).

**Pauvreté.** La pauvreté, qui inclut les situations liées à une absence d'emploi, une situation financière précaire ou une situation d'itinérance, est un facteur contribuant à exacerber plusieurs situations syndémiques, notamment les troubles dépressifs ainsi que certaines maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires (Mendenhall et al., 2017; Rodriguez et al., 2021). Elle est également associée à une insécurité alimentaire accrue, augmentant ainsi les risques de malnutrition et de développement de conditions de santé défavorables (Siddiqui et al., 2020; Weaver et Kaiser, 2022). De plus, la pauvreté représente un obstacle important à l'accès aux soins de santé, notamment par la difficulté à se procurer un moyen de transport pour se rendre aux rendez-vous médicaux, limitant ainsi l'utilisation des services requis (Ross et al., 2015). Elle est également fortement corrélée à un risque accru d'itinérance, elle-même étant associée à plusieurs facteurs syndémiques : violence,

consommation de substances, isolement social et stigmatisation (Mabhala et al., 2021; Thomas et Menih, 2021; Thompson et al., 2013).

**Stigmatisation** : La stigmatisation est considérée comme un facteur non négligeable depuis plus de 50 ans au niveau de l'état de santé, du statut social, des relations sociales, mais aussi sur le plan de l'accès aux soins de santé. En effet, être victime de stigmatisation peut entraîner une détresse psychologique importante chez la personne affectée, augmenter le niveau de stress et participer au développement de plusieurs problématiques de santé mentale (O'Donnell et Foran, 2024; Singer et al., 2017). Les personnes stigmatisées ont plus de difficultés à se trouver un emploi, vivent plus d'isolement social, sont plus à risque de développer des stratégies d'adaptation inadéquates telles que la consommation de substances et à vivre une situation d'itinérance (Brouwers, 2020; Iudici et al., 2020; Singer et al., 2017). L'attitude des professionnels de la santé envers les personnes présentant un trouble concomitant a aussi un impact important. Une attitude stigmatisante ou empreinte de jugements est un obstacle pour se présenter aux rendez-vous médicaux ou pour aller consulter dans les services d'urgence (Livingston et al., 2020; Lowe et al., 2022; Ross et al., 2015).

**Stress.** Le stress, bien qu'il soit un facteur biologique, est un élément majeur dans l'interrelation entre plusieurs facteurs sociaux (stigmatisation, pauvreté, traumatismes) et les problématiques de santé autant physiques que mentales (Inglis et al., 2022; Tormohlen et al., 2019). Les symptômes physiologiques engendrés par le stress chronique (augmentation de la pression artérielle, augmentation des niveaux de cortisol et de glucose, diminution du fonctionnement du système immunitaire) sont des facteurs de risque à l'émergence ou la progression de plusieurs problématiques de santé mentale (Townsend et al., 2022). Bien que plusieurs stratégies d'adaptation efficaces soient possibles, plusieurs sont également considérées inadéquates et sont souvent utilisées, notamment la consommation de substances ou l'évitement des services de santé (Ordu, 2023; Emard et al., 2017).

### **2.3.2.3 Facteurs structurels et environnements non favorables**

Plusieurs facteurs structurels ainsi que des environnements non favorables sont reconnus comme ayant un impact dans une situation syndémique. Par exemple, les quartiers considérés défavorisés ont une influence sur l'évolution des problématiques de santé (Singer et al., 2003). Ces quartiers sont souvent constitués d'un environnement plus pollué et où le taux de violence est plus élevé, exacerbant les autres facteurs impliqués. La pollution de l'air et sonore dans les milieux urbains ainsi que les changements climatiques ont également été étudiés en tant que facteurs syndémiques (Newbury et al., 2019; Venegas Hargous et al., 2023). Un exemple récent de facteur environnemental est la pandémie de Covid-19 en mars 2020, maintenant de plus en plus considérée comme une syndémie (Horton, 2020). Il est reconnu que cet événement a engendré des conséquences beaucoup plus néfastes auprès des populations considérées vulnérables : exacerbation des problèmes de santé mentale et augmentation de la consommation de différentes substances (Caron et Adegboye, 2021), ainsi qu'une rupture dans le continuum de certains services en lien avec le confinement et la distanciation sociale (Schmidt-Sane et al., 2021). Des facteurs structurels reconnus comme facteurs syndémiques sont un accès limité aux soins de santé ainsi que le contexte sociopolitique et économique inégal selon les régions et les pays (Livingston, 2020; Singer et al., 2003). La difficulté d'accès à un médecin de famille est également un facteur structurel fréquent pour les personnes présentant un trouble concomitant (Gaida et al., 2023; Ross et al., 2015).

En résumé, une situation syndémique implique un ensemble de problématiques et de facteurs qui s'entrecroisent et se renforcent mutuellement, engendrant des conséquences négatives sur la situation de santé de la personne. Une syndémie peut se transposer dans plusieurs situations de santé et de plus en plus d'études considèrent que le trouble concomitant devrait être reconnu comme une syndémie. Ces études seront discutées dans la prochaine section.

### **2.3.3 Le trouble concomitant : l'exemple parfait d'une syndémie**

Le trouble concomitant se révèle un phénomène particulièrement révélateur d'une situation syndémique. Si l'on reprend la définition de Singer et al. (2020) citée précédemment, la syndémie implique l'entrecroisement d'au moins deux problématiques à forte prévalence au sein d'une population donnée, leurs interactions résultant en une problématique singulière et complexifiée. La littérature est abondante en ce qui concerne les interrelations entre les problématiques caractérisant le trouble concomitant (Iudici et al., 2020; Jegede et al., 2022; Kessler et al., 2004; Nadeau et Landry, 2015; Szerman et al., 2018). Toujours selon la définition de Singer et al., (2020), les deux problématiques de santé façonnant la syndémie sont associées à des facteurs sociaux, structurels et environnementaux qui, à leur tour, vont exacerber les facteurs biologiques, créant un phénomène synergique et non une simple comorbidité additionnée de facteur aggravants. Le [tableau 2.2](#) présente les études ayant étudié et rapporté différents facteurs syndémiques associés au trouble concomitant.

Tableau 2.2. - Facteurs associés à la syndémie du trouble concomitant et rapportés dans la littérature

| <b>Facteurs</b>  | <b>Références</b>  |
|--|--|
| <b>Facteurs biologiques</b>                                      |  |
| Multiplés TSM et TUS   | Jain et al., 2022; Jegede et al., 2022; Klein et Washington, 2023  |
| Maladies transmissibles par le sang (VIH, virus de l'hépatite C) | Card et al., 2018; Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Clementi et al., 2020; Gerke et al., 2022; Leddy et al., 2021; Robinson et al., 2016; Tsuyuki et al., 2017; Yellin et al., 2019 |
| Problèmes de santé physique                                      | Eshak et al., 2024; Gomez et al., 2023   |
| <b>Facteurs sociaux</b>  |  |
| Situation d'itinérance   | Lett et al., 2022  |
| Antécédents d'incarcération                                      | Jegede et al., 2022, Yellin et al., 2019   |
| Événements traumatiques, violence                                | Coid et al., 2021; Gerke et al., 2022; Glynn et al., 2025; Jegede et al., 2022; Leddy et al., 2021; McDonald et al., 2020; Turpin et al., 2020; Zhang et Coid, 2024  |
| Discrimination, stigmatisation                                   | Jegede et al., 2022; Lett et al., 2022   |
| Stress   | Glynn et al., 2025   |
| Insécurité alimentaire   | Leddy et al., 2021   |
| Comportements suicidaires  | Lett et al., 2022  |
| <b>Facteurs environnementaux ou structurels</b>                  |  |
| Difficultés d'accès aux soins de santé, rétention dans les soins | Eshak et al., 2024; Fujita et al., 2024  |

Cependant, l'application du concept de syndémie au trouble concomitant est assez récente. Les premières études recensées datent d'au plus 2016 et une vingtaine d'études abordent spécifiquement la relation syndémique entre le trouble concomitant et les facteurs pouvant y être associés. Parmi les études répertoriées, plusieurs sous-populations ont été ciblées telles que les vétérans (Chichetto et al., 2019), les personnes vivant avec le VIH (Chichetto et al., 2023; Gerke et al., 2022; Tsuyuki et al., 2017), les jeunes personnes transgenres (Jain et al., 2022; Klein et Washington, 2023; Lett et al., 2022), les personnes en situation d'itinérance (Jain et al., 2022), les personnes incarcérées (Yellin et al., 2018) et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Card et al., 2018; Chichetto et al., 2025; Gerke et al., 2022; Turpin et al., 2020). La majorité des études ont étudié la relation syndémique entre le trouble concomitant et

le VIH (Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Clementi et al., 2020; Robinson et al., 2016; Yellin et al., 2018). Quelques-unes ont ciblé des facteurs liés aux habitudes de vie, notamment le tabagisme (Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Coid et al., 2021), l'obésité (Coid et al., 2021) et la sédentarité (Coid et al., 2021). Plusieurs facteurs sociaux ont aussi été étudiés : le risque de suicide (Lett et al., 2022), les milieux défavorisés (Clementi et al., 2022; Coid et al., 2022; Lett et al., 2022) et les situations de violence (Coid et al., 2022; Gerke et al., 2022; Glynn et al., 2025; Robinson et al., 2016; Turpin et al., 2020; Zhang et Coid, 2024). L'étude de McDonald et al. (2020) se démarque des autres en ayant démontré la relation syndémique entre le trouble concomitant, les abus sexuels, physiques ou psychologiques ainsi que les situations périnatales défavorables (faible poids à la naissance, naissance prématurée, mortinaissance).

Concernant la prise en charge d'une syndémie, plusieurs études recensées soutiennent les propos de Singer et al. (2020) : une situation syndémique nécessite une approche holistique qui doit prendre en compte les facteurs syndémiques impliqués ainsi qu'une prise en charge interdisciplinaire et intersectorielle avec les différents services nécessaires (Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Jain et al., 2022; Turpin et al., 2020). Malheureusement, les services actuels offerts aux personnes présentant un trouble concomitant ne se présentent pas sous cette forme et ne permettent pas de répondre adéquatement à la complexité des besoins (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Stephenson, 2023; Urbanoski et al., 2017).

## **2.4 Dispensation des services**

La dispensation des services pour le trouble concomitant fait l'objet de recherches depuis plus de 30 ans (Minkoff et al., 1989; Mueser et al., 1992; Osher et Kofoed, 1989; Ridgely et al., 1990). Plusieurs services sont disponibles, tant en 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne qu'en milieu communautaire, mais ceux-ci demeurent insuffisants pour répondre de manière adéquate aux besoins complexes de cette population (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Stephenson, 2023; Urbanoski

et al., 2017). Un des obstacles majeurs identifié réside dans la séparation des services de santé mentale et de dépendance au tournant des années 1970, qui a contribué à une fragmentation persistante de l'offre de soins (Nadeau, 2001).

### 2.4.1 Historique du clivage entre les services de santé mentale et de dépendance

En 1971, la création du système public de santé au Québec s'est accomplie avec l'adoption de la première Loi sur la santé et les services sociaux (MSSS, 2017; Nadeau, 2001). Suite aux différents remaniements, l'Office de prévention et de Traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies qui, jusqu'alors, était l'organisme chapeautant les services, les traitements et la recherche en dépendance, a été démantelé en 1975 et fusionné en 1979 au Ministère des affaires sociales. Ces modifications sont en grande partie à l'origine de la fragmentation des services qui perdure actuellement entre les services de santé mentale et ceux offerts en dépendance (Nadeau, 2001). Cette réorganisation a entraîné l'adoption d'une approche psychosociale pour les services en dépendance, rattachés au secteur de la réadaptation, tandis que les services en santé mentale ont été intégrés aux structures hospitalières, sous la gouverne des services médicaux. Le [tableau 2.3](#) résume les principales différences entre les services en santé mentale et les services en dépendance à cette époque.

Tableau 2.3. - Principales caractéristiques différenciant les services en santé mentale et en dépendance

|                            | Santé mentale       | Dépendance                        |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Approche                   | Modèle biomédical   | Modèle psychosocial               |
| Philosophie d'intervention | Approche répressive | Approche de réduction des méfaits |
| Équipe gestionnaire        | Médecins            | Spécialistes en sciences humaines |
| Équipe médicale            | Psychiatres         | Médecins généralistes             |

Au niveau de la philosophie d'intervention, l'approche répressive, axée sur l'application de la loi, a longtemps été la seule approche utilisée face à la consommation de substances et le

seul traitement accepté consistait obligatoirement en l'abstinence complète de consommation (Dubé et al., 2009). La consommation de substances était interdite et les personnes devaient cesser toute consommation avant de pouvoir avoir accès aux traitements en santé mentale. Cette approche, de type prohibitionniste, a largement contribué à la flambée des méfaits liés à la consommation de substances et donc à l'augmentation de la criminalisation et de la judiciarisation des personnes consommatrices (AICC, 2017a). Les approches visant l'abstinence sont encore largement utilisées dans certains groupes d'entraide (p. ex. : Alcooliques Anonymes) et démontrent des bénéfices, mais pour certaines personnes, elle n'est pas viable (Henssler et al., 2021). De plus, comme le souligne Nadeau (2001), la consommation de substances était un obstacle majeur pour accéder à des services : « Lorsqu'ils ont choisi de révéler leur consommation abusive dans certains services de santé mentale, ils avaient été blâmés, sinon exclus de ces services : il leur fallait retrouver une consommation non problématique avant de pouvoir recevoir des services » (Nadeau, 2001, p. 2).

Les services en dépendance ont graduellement modifié leur philosophie d'intervention dans les années 1980 afin d'adhérer à une philosophie axée sur la réduction des risques et des méfaits et non exclusivement sur l'abstinence. Le postulat de base stipule que l'usage de substances est une réalité avec laquelle nous devons composer et que l'abstinence totale pour tous est une utopie (National Harm Reduction Coalition, 2020). L'approche de réduction des risques et des méfaits réunit deux grands courants de pensées qui guident les services de réadaptation, soit le pragmatisme et l'humanisme. Cette approche est pragmatique dans le sens où « elle prend en considération un phénomène social qui apparaît incontournable, et n'a pas comme objectif premier d'éliminer la consommation [...]. Il faut prendre en compte que l'abstinence complète n'est pas réalisable ou possible dans tous les cas » (Rozier et Vanasse, 2011, p.422). Le pragmatisme implique aussi d'intervenir selon une hiérarchisation des objectifs : définir des objectifs plus réalistes à court terme, par exemple l'injection sécuritaire, pour éventuellement définir des objectifs visant une diminution ou une cessation de la consommation (Brisson, 1997; SAMHSA, 2023). L'approche de réduction des risques et des méfaits est aussi humaniste puisqu'elle fait preuve de tolérance et de non-jugement envers la consommation et

tente d'apporter une aide à la personne consommatrice selon ses propres besoins et demandes (SAMHSA, 2023). Cette approche diffère de l'approche répressive en ce sens où elle accepte que les personnes qui consomment des substances puissent avoir des objectifs autres que l'abstinence et que cette dernière soit vue ou non comme un but à plus long terme (Brisson, 1997; SAMHSA, 2023). Tout comme les centres de réadaptation en dépendance, plusieurs organismes communautaires et services de proximité ont adopté la réduction des risques et des méfaits comme philosophie d'intervention.

Pour résumer, cette fragmentation structurelle et ces divergences d'approches, d'interventions et de gestions ont eu comme conséquence la création de deux cultures isolées l'une de l'autre et ayant des visions de soins et de traitements distinctes et parfois discordantes. Une importante répercussion de cette fragmentation, qui perdure encore à ce jour, est sans aucun doute la difficulté pour la clientèle souffrant de troubles concomitants d'obtenir des soins et services adaptés à leurs besoins (Hakobyan et al., 2020).

#### **2.4.2 Situation actuelle pour la dispensation des services pour le trouble concomitant**

Dans les dernières années, des actions ont été entreprises pour créer des liens plus étroits entre les services de santé mentale et dépendance, notamment par la fusion des programmes en santé mentale et en dépendance au sein d'une même direction ainsi que des initiatives pour intégrer la prise en charge des deux troubles. Malgré tout, les approches intégrées sont encore peu répandues. Les approches traditionnelles en silos consistent à adresser chaque problématique séparément et se déclinent principalement en deux modèles (Hakobyan et al., 2020). Le premier modèle, la dispensation séquentielle, réfère au fait que les soins et services en santé mentale et en dépendance sont offerts l'un après l'autre et fréquemment dispensés dans des lieux différents et par des équipes distinctes (Torrens et al., 2012; Yule et Kelly, 2019). Ce modèle a pour effet de créer un cercle vicieux dans lequel une des problématiques doit être résolue avant de pouvoir traiter la seconde. Par exemple, la personne doit d'abord stabiliser son

TSM avant de pouvoir obtenir un traitement pour le TUS, auquel cas ce dernier risque de se voir refuser l'accès aux services pour les TUS (Pacini et al., 2020). Le modèle séquentiel est considéré obsolète, car il ne tient pas compte des interrelations existantes entre le TSM et le TUS (Hakobyan et al., 2020; Morisano et al., 2014; Rundell et al., 2019; Torrens et al., 2012). Le deuxième modèle, la dispensation parallèle, signifie que les deux services sont donnés simultanément, mais de façon indépendante, par deux équipes de soins distinctes (Iudici et al., 2020). Les services sont parfois offerts dans le même établissement et il est possible d'avoir une certaine collaboration entre les deux équipes. Toutefois, la littérature rapporte une collaboration peu active entre les professionnels, contraignant la personne à assurer elle-même le lien entre les deux services (CTSM, 2002; Fantuzzi et Mezzina, 2020; Torrens et al., 2012).

Les deux modèles précédents sont les plus fréquemment rencontrés dans les établissements au Québec (Dubreucq et al., 2012; INESSS, 2016; Hakobyan et al., 2020). Cependant, plusieurs obstacles à une offre de services optimale leur sont reprochés. Ces obstacles sont regroupés en quatre catégories : relationnels, communicationnels, informationnels et politiques. D'abord, les services en santé mentale et dépendance étant majoritairement fragmentés, la prestation de services séquentiels et parallèles a comme résultats de faibles contacts entre les intervenants et une communication inefficace pour la coordination et la prise en charge de la personne présentant un trouble concomitant (Fantuzzi et Mezzina, 2020; MSSS, 2020). Au niveau communicationnel, les messages que reçoit la personne de la part des deux services sont souvent contradictoires (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Pacini et al., 2020). Par conséquent, les personnes sont souvent coincées dans un processus d'aller-retour entre les deux services ou à l'inverse, « tombent entre deux chaises » et ne reçoivent aucun traitement de l'un ou l'autre service (Dubreucq et al., 2012). De plus, l'alliance thérapeutique est à bâtir avec plusieurs équipes, un processus souvent ardu pour la clientèle présentant un trouble concomitant (Biringer et al., 2017; Dubreucq et al., 2012). Au niveau informationnel, le système de transfert d'informations entre les services est déficient, ce qui amène une perte de données importantes au niveau des informations de santé de la personne lors des processus de référence (Dubreucq et al., 2012; MSSS, 2020, 2023a). Cet obstacle a notamment comme conséquences une

augmentation du risque de rechute et des pertes de suivi aux traitements (Appleton et al., 2021; Samokhvalov et al., 2017; Smith et Randall, 2012). Les différentes politiques gouvernementales représentent aussi des obstacles à une offre de services optimale pour les personnes présentant un trouble concomitant. Les deux plans d'action gouvernementaux en santé mentale et en dépendance (PAISM 2022-2026 et *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* [PAID]) ont été élaborés séparément (MSSS, 2022d; MSSS, 2018). Évidemment, chaque plan d'action reconnaît la nécessité du décloisonnement des problématiques et l'adoption d'une vision globale, mais aucune mesure concrète n'est inscrite dans ceux-ci au sujet de l'arrimage ou la concertation des acteurs pour une approche plus intégrée du trouble concomitant. Cependant, l'action 7.2 du PAISM fait 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, 2022d).

Face aux limites des modèles séquentiel et parallèle dans la prise en charge du trouble concomitant, une réflexion s'est amorcée afin de créer des modèles favorisant une intégration des services pour les TSM et les TUS (Drake et Mueser, 2000; Minkoff, 1989; Mueser et al., 2001).

## **2.5 Approche intégrée**

Au début des années 1980, les équipes cliniques et de recherche ont commencé à remarquer une augmentation de la prévalence des TUS chez les personnes présentant un TSM, en particulier chez celles présentant une schizophrénie (Drake et al., 1998). Cette constatation a donné lieu à de nombreuses études visant à mieux comprendre cette comorbidité, lesquelles ont rapidement mis en évidence que la fragmentation des services de santé mentale et de dépendance constituait un obstacle majeur à une prise en charge efficace (Ridgely et al., 1987, 1990). En réponse à ce constat, l'intégration des services a été identifiée comme une solution prioritaire. Par la suite, plusieurs travaux ont été amorcés pour conceptualiser l'intégration des

services et développer des programmes de services intégrés (Minkoff, 1989; Osher et Kofoed, 1989; Mueser et al., 1992). Bien que les termes soins intégrés, services intégrés et traitements intégrés soient utilisés de manière interchangeable, ils décrivent tous des stratégies ou des approches visant à améliorer la continuité et la coordination des soins pour les personnes présentant un trouble concomitant (Brown et Menec, 2018). Pour cette thèse, le terme approche intégrée a été choisi afin d'englober tous ces termes sans nécessairement mettre l'accent sur un modèle en particulier.

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; Minkoff, 2000; Richardson et al., 2020; Yule et Kelly, 2019). L'hétérogénéité de la population présentant un trouble concomitant fait en sorte qu'une seule façon de faire ne pourrait être efficace pour tous. Les modèles varient selon leur niveau d'intégration — du traitement médical conjoint des TSM et TUS à l'intégration organisationnelle entre secteurs — mais poursuivent tous un objectif commun : offrir des soins mieux coordonnés et adaptés afin d'améliorer la santé globale et la qualité des services (Ahgren, 2012; Karapareddy, 2019; Youssef et al., 2019). Dans cette perspective, les travaux de Leutz (2005) et Valentijn et al. (2013) ont permis d'identifier plusieurs types et niveaux d'intégration pouvant être mobilisés pour optimiser la réponse aux besoins complexes des personnes présentant un trouble concomitant.

### **2.5.1 Types d'intégration**

Deux types d'intégration sont possibles afin de fournir une offre de services continue et coordonnée sur toute la trajectoire de soins de la clientèle présentant un trouble concomitant : 1) l'intégration verticale qui se produit entre des organisations ou des unités organisationnelles appartenant à différents niveaux d'une structure hiérarchique (p. ex. : soins de 1<sup>e</sup> ligne et services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne) et 2) l'intégration horizontale qui se produit entre des organisations appartenant au même niveau de structure hiérarchique telles que les services de santé mentale en 1<sup>e</sup> ligne et les services sociaux (Axelsson et Bihari Axelsson, 2006; Brown et Menec, 2018). Au

sein de l'intégration verticale et horizontale, trois paliers d'intensité sont proposés, soit la liaison (*linkage*) (p. ex. : procédures de référence entre les différents secteurs), la coordination en réseau (p. ex. : facilitation de la transition de la personne entre les différents secteurs par l'utilisation de lignes directrices et/ou de rencontres formelles entre les intervenants) et l'intégration totale (Leutz, 2005; Valentijn et al., 2013). Ce dernier palier d'intégration est le plus complet et signifie que toutes les ressources des différents secteurs sont regroupées afin de former une organisation unique. Plus spécifiquement, les services médicaux et sociaux sont regroupés pour créer un ensemble commun de prestations dans lequel une seule équipe gère les soins et leur coordination (Valentijn et al., 2013). Le palier d'intégration totale est spécifiquement conçu pour de petits groupes de personnes ayant de multiples besoins, notamment la clientèle présentant un trouble concomitant.

## **2.5.2 Domaines d'intégration**

Selon le cadre conceptuel de Valentijn et al. (2013), l'intégration des services s'effectue aussi dans différents domaines (clinique, professionnel, organisationnel, systémique, fonctionnel, normatif). Le [tableau 2.4](#) présente les six domaines d'intégration et leur définition respective.

Tableau 2.4. – Domaines d’intégration selon le cadre conceptuel de Valentijn et al. (2013)

| Domaine         | Définition   |
|-----------------|--|
| Clinique        | Niveau micro<br>Coordination des soins et des services qui sont directement offerts aux personnes, entre les différents professionnels et milieux de soins impliqués, selon un seul processus à travers le temps   |
| Professionnel   | Niveau micro<br>Collaborations intra- et interprofessionnelles qui englobent toutes les activités de communication, de collaboration et de formations, notamment les discussions de cas, les rencontres d’équipes interdisciplinaires, les services de coordination-consultation et la formation interprofessionnelle  |
| Organisationnel | Niveau méso<br>Comprend les liens tant formels qu’informels entre les organisations offrant des services à des populations spécifiques. Différents niveaux d’implication sont possibles au niveau organisationnel. On peut penser par exemple aux collaborations formelles ou informelles, à la création de réseaux ou aux fusions entre différentes organisations |
| Systémique      | Niveau macro<br>Intégration entre différents systèmes ou programmes, notamment les services de 1 <sup>e</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne ou les services de santé physique et les services sociaux. Les politiques et la gouvernance des systèmes sont fusionnés ou, à tout le moins, collaborent étroitement   |
| Fonctionnel     | Soutient l’intégration des quatre premiers domaines. Mécanismes par lesquels les services financiers, informatiques, des ressources humaines, de la planification stratégique et de la qualité des soins sont arrimés afin d’accroître la cohérence entre les différents systèmes  |
| Normatif        | Moins tangible que les autres domaines, mais essentiel. Il inclut la culture, la vision, les normes et les objectifs communs entre les systèmes, les professionnels et les personnes impliqués   |

En résumé, une approche intégrée nécessite l’arrimage et la collaboration de plusieurs composantes, structures et personnes. Plusieurs possibilités d’intégration sont possibles, car aucun modèle unique ne peut convenir à tous. En effet, ce dernier doit s’harmoniser aux divers contextes, cultures et besoins locaux particuliers. De ce fait, plusieurs définitions de services intégrés ont été élaborées depuis quatre décennies (Brown et Menec, 2018; Goodwin et al., 2021; Searby et al., 2025).

### 2.5.3 Définition

En cohérence avec le choix du concept de syndémie pour représenter le trouble concomitant, la définition de l'approche intégrée que nous retenons pour cette thèse 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)

Mueser et ses collègues (2001) ajoutent que les équipes doivent s'assurer que « les interventions soient choisies, modifiées, combinées et taillées sur mesure pour chaque personne. Parce que le message éducatif et prescriptif est intégré, la personne n'a pas à réconcilier deux messages différents ; pour elle, l'approche semble d'une pièce » (Mueser et al., 2001, p.26). Cette approche intégrée repose également sur une collaboration étroite avec la personne concernée, reconnue comme un membre actif de l'équipe de soins ainsi que sur l'équipe interdisciplinaire qui s'assure d'accompagner le mieux possible la personne à toutes les étapes de son parcours de soins (OMS, 2013). Idéalement, cette approche est soutenue par des mécanismes de gestion efficaces, incluant des structures de gouvernance, de financement, de leadership et d'évaluation, qui favorisent la cohérence et la durabilité de l'intégration des soins et des services.

Les modèles de services intégrés ont démontré une efficacité supérieure comparativement aux modèles séquentiels et parallèles (Fantuzzi et Mezzina, 2020; INESSS, 2016; Karapareddy, 2019) et sont dès lors considérés comme la norme de référence pour la prise en charge des troubles concomitants (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020). Selon Shortell (1995), pionnier américain dans l'étude des systèmes de santé intégrés, une approche intégrée a le potentiel élevé d'offrir des soins rentables et efficaces en éliminant la redondance

des informations transmises par les différents intervenants et en diminuant la durée de séjour. Des études européennes et américaines soulignent que les services intégrés améliorent l'accès, la qualité et la continuité des soins pour les personnes ayant des besoins complexes, notamment celles présentant un trouble concomitant (Ahgren, 2012; Karapareddy, 2019; Karow et al., 2020; Youssef et al., 2019). L'intégration des services favorise des résultats cliniques positifs, tels que la diminution de la consommation de substances et une amélioration de l'état de santé mentale ainsi qu'une prise en charge plus globale de la personne (Karapareddy, 2019; Youssef et al., 2019). Enfin, cette approche permet le rehaussement de ce qui est au cœur des préoccupations des soins et des services de santé, c'est-à-dire la satisfaction de la clientèle (Wu et al., 2019).

#### **2.5.4 Les meilleures pratiques canadiennes pour les troubles concomitants**

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; Nadeau et Landry, 2015). 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.

Les premières lignes directrices canadiennes spécifiquement élaborées pour le trouble concomitant ont été présentées en 2002 (CTSM, 2002) et ont été largement utilisées dans plusieurs provinces pour intégrer les meilleures pratiques dans leur continuum de soins et de services actuels. Les principales recommandations étaient les suivantes :

- Dépistage du trouble concomitant pour toute personne demandant de l'aide dans un service de santé mentale ou de dépendance;
- Si dépistage positif, évaluation complète afin d'établir un diagnostic, évaluer le niveau de fonctionnement et les facteurs psychosociaux associés, ainsi qu'établir un plan de traitement et de soutien;
- Utilisation d'une perspective psychosociale élargie, notamment le soutien de la personne dans les domaines du logement, de l'emploi et du réseau social;
- Utilisation d'une approche intégrée pour le traitement et le soutien des troubles concomitants.

Afin de soutenir l'intégration des systèmes, plusieurs recommandations ont été formulées, notamment la nécessité d'améliorer la formation et l'éducation des professionnels de la santé, la possibilité d'élaborer une plateforme de partage de l'information et de transfert des connaissances ainsi que la création d'un système de données partagées entre les services de santé mentale et de dépendance.

En 2013, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (maintenant le CCDUS), en collaboration avec le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et la Commission de la santé mentale du Canada a établi un consensus sur les stratégies de collaboration efficaces entre les services en santé mentale et en dépendance (CCDUS, 2015). Plusieurs modèles de collaboration ont été examinés, dont le modèle par paliers. Cette initiative a également permis de dégager six principaux domaines d'action prioritaires pour soutenir les efforts collaboratifs : le soutien au changement, l'établissement de relations, le dépistage et l'évaluation, le traitement et le rétablissement, le renforcement de la capacité de collaboration ainsi que l'évaluation des travaux concertés.

Au niveau de la province québécoise, à la suite de l'évaluation de l'implantation du GASMA en 2012, des lacunes importantes ont été relevées concernant l'intégration des services entre les

services psychosociaux généraux et les services en santé mentale (MSSS, 2012). En réponse à ces constats, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a été mandaté pour identifier les modèles de dispensation des soins et services les plus aptes à répondre aux besoins des personnes présentant un trouble concomitant (INESSS, 2016). La revue des revues systématiques effectuée par l'INESSS a permis d'identifier plusieurs aspects importants au niveau de la dispensation des soins et services dans les provinces canadiennes, notamment :

- Que la dispensation des soins et services en santé mentale et en dépendance est une compétence provinciale et qu'il n'existe pas de politique pancanadienne statuant sur un modèle à préconiser;
- Il subsiste un déficit important en ce qui a trait à l'évaluation des programmes et des initiatives mis en œuvre pour les troubles concomitants;
- Les modèles recensés sont majoritairement de type vertical;
- Les traitements intégrés semblent plus avantageux que les traitements usuels pour réduire la consommation de substances et les signes et symptômes cliniques des TSM;
- Les traitements intégrés ont aussi des impacts positifs en ce qui concerne la réponse aux besoins non comblés, l'amélioration de la qualité de vie et le soutien à certains facteurs psychosociaux (logement, finances, occupation).

Plusieurs recommandations ont été mises de l'avant, notamment de mettre en place des mécanismes de soutien actifs et de coordination (gestionnaire de cas, protocoles d'évaluation standardisés) pour assurer l'opérationnalisation entre les réalités du terrain et les instances décisionnelles (INESSS, 2016). De plus, une autre priorité est la création d'un espace de concertation où les équipes terrain et les gestionnaires peuvent exprimer en toute liberté leurs préoccupations et participer conjointement à la création d'initiatives.

Tout récemment, la Commission de la santé mentale du Canada et le CCDUS ont effectué deux études sur la prestation des services et les lignes directrices concernant les troubles

concomitants. La première étude est une revue visant à répertorier et analyser les lignes directrices opérationnelles et de mise en œuvre des services intégrés en troubles concomitants publiées notamment au Canada entre 2017 et 2022 (CCDUS, 2023). Les résultats font état de la présence de plusieurs lignes directrices ciblant la prise en charge du trouble concomitant et traitant de l'ensemble du continuum de soins et de services, en particulier le dépistage, l'évaluation, les options de traitement et la coordination des soins. Cependant, les orientations concernant la réduction des risques, le rétablissement, le soutien à la personne et sa famille ainsi que les activités de *outreach* sont faiblement abordées. Certaines lignes directrices ont aussi souligné l'importance de tenir compte des déterminants sociaux de la santé tels que le support social et l'accès au logement dans le cadre d'une approche intégrée, mais de plus amples études sont nécessaires afin de connaître leur impact et les modalités de prise en charge. De ce fait, cette étude a identifié des priorités essentielles lors de la mise en œuvre de services intégrés :

- Utilisation des meilleures pratiques, protocoles et politiques qui augmentent la collaboration et le partage d'informations entre les différents fournisseurs de soins;
- Amélioration de l'accès aux services, incluant ceux qui soutiennent les déterminants sociaux de la santé;
- Pratiques de réduction des risques et de soins orientés vers le rétablissement;
- Soins culturellement sécuritaires;
- Mesures standardisées pour évaluer l'efficacité des soins;
- Partage des données et des connaissances.

La deuxième étude est une étude de la portée des articles publiés entre 2018 et 2021 sur la prestation des services en santé mentale et en dépendance, en particulier ceux portant sur les populations jugées prioritaires ainsi que les questions relatives aux services et à leur intégration (Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023). Les résultats sont organisés en six thèmes principaux, dont un abordant l'utilité des lignes directrices afin de supporter l'utilisation

des meilleures pratiques. Cependant, comme dans la première étude présentée précédemment, certains domaines ne sont peu ou pas abordés dans les lignes directrices analysées, notamment :

- Les interventions en 1<sup>e</sup> ligne pour les personnes présentant un TSM et un trouble de santé physique;
- Les approches intégrées combinant des services pour les troubles concomitants et des services de 1<sup>e</sup> ligne considérant également certains déterminants sociaux de la santé tels que les problématiques judiciaires et l'itinérance;
- Les trajectoires de soins et de services optimales pour les troubles concomitants;
- Les modèles de services intégrés qui incluent des technologies (téléphones intelligents, télésanté).

Dans l'ensemble, les études les plus récentes soutiennent toujours les recommandations discutées précédemment (CTSM, 2002; Drake et al, 1998, Mueser et al., 2001; Nadeau et Landry, 2015). Cependant, aucun document plus actuel faisant état de lignes directrices pancanadiennes sur les troubles concomitants n'a vu le jour depuis 2002. En 2023, des normes de pratiques intitulées *CAN/HSO 22004:2021 (E) Mental Health and Addiction standard* ont été publiées afin de fournir des conseils aux organisations et professionnels de la santé et services sociaux offrant des soins directs aux personnes utilisatrices des services de santé mentale et de dépendance (Health Standards of Organization, 2021). Bien que ces normes de pratique ne s'adressent pas spécifiquement aux troubles concomitants, plusieurs éléments sont tout à fait pertinents. À l'heure actuelle, le Québec ne semble pas s'être doté de lignes directrices pour la prise en charge du trouble concomitant. La synthèse des connaissances réalisée par le CECTC fournit plusieurs informations sur les traitements offerts, les approches essentielles et les modèles théoriques d'organisation des soins et des services pour les troubles concomitants (CECTC, 2019). Par ailleurs, les auteurs mentionnent que ce document ne constitue pas un guide pratique, mais peut toutefois être utile dans la prise en charge du trouble concomitant. La province ayant fait une grande avancée dans ce domaine est l'Alberta, qui a créé un coffre à outils en ligne, permettant d'avoir accès rapidement aux meilleures pratiques pour toutes les étapes de prise en charge et

de suivi du trouble concomitant (Alberta Health Services, 2025). Ce site a été créé dans l'objectif d'offrir des soins et des services de qualité, fondés sur les meilleures pratiques existantes et les données probantes.

Malgré les avancées dans l'élaboration de normes de pratique à l'échelle canadienne, l'absence de lignes directrices spécifiques au Québec pour la prise en charge du trouble concomitant soulève des préoccupations quant à l'efficacité des interventions offertes à cette population. Cet enjeu accentue le risque que les personnes concernées soient dirigées vers des services inadaptés, fragmentés ou, dans certains cas, vers une absence complète de prise en charge, compromettant ainsi la continuité des soins et les chances de rétablissement. Dans cette optique, un élément important pouvant améliorer l'organisation des soins et la prise en charge est le concept de trajectoire de soins, présenté dans la section suivante.

## **2.6 Trajectoire de soins et de services**

La trajectoire de soins et de services constitue le quatrième concept impliqué dans cette thèse.

### **2.6.1 Définition**

Les trajectoires de soins et de services, ci-après nommées trajectoires de soins (*care pathway*) sont utilisées dans les services de santé depuis les années 1980, dans le but d'optimiser les soins et les services et les rendre plus efficaces (Adeyemi et al., 2013; Lawal et al., 2016; Sather et al., 2022). Cependant, aucune définition ne fait actuellement consensus (Gartner et al., 2022; Lawal et al., 2016; Schrijvers et al., 2012). Le continuum de soins et la trajectoire de soins sont des termes souvent interchangeables, mais il est important de les différencier. La trajectoire de soins décrit la séquence selon laquelle les soins et les services sont organisés et standardisés, pour une portion du continuum de soins (Adeyemi et al., 2013; Sather et al., 2022). Par exemple, une trajectoire de soins peut illustrer seulement les soins et les services reçus à l'urgence ou bien

exposer la transition entre deux établissements de santé. Le continuum de soins peut être défini comme l'éventail de services que la personne va recevoir à travers différents dispensateurs de soins et établissements (MSSS, 2023b). Ces services comprennent autant les soins de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne ainsi que les services communautaires, qui vont favoriser le maintien de la santé, la réadaptation, la prévention et les soins palliatifs. La personne empruntera alors différentes trajectoires de soins selon la problématique pour laquelle elle demande des soins (Association médicale canadienne 2010; MSSS, 2023b). La définition de la trajectoire de soins retenue pour cette thèse est celle de Vanhaecht et al. (2010) et reprise par Schrijvers et al. (2012): « organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined period » (Schrijvers et al., 2012, p.1).

La trajectoire de soins ne se résume pas seulement à un processus isolé et linéaire, mais plutôt par de multiples interventions complexes, provenant de plusieurs constituantes différentes qui interviennent une après l'autre ou se chevauchent selon les besoins des personnes (Sather et al., 2022). Les trajectoires de soins doivent être soutenues par les meilleures pratiques fondées sur les données probantes, les lignes directrices, les politiques internes propres à chaque établissement, ainsi que le travail d'équipe des professionnels impliqués (Sather et al., 2022).

### **2.6.2 Avantages**

L'objectif de la trajectoire de soins est avant tout d'améliorer les soins et les services en utilisant des mécanismes d'amélioration de la coordination et de la continuité des soins afin d'éviter la fragmentation de ceux-ci, tout en optimisant l'utilisation des ressources (Sather et al., 2022). Selon le MSSS (2022a) :

Les trajectoires de services sont un soutien primordial à la continuité des services. Elles se doivent d'être claires, explicites et connues par l'ensemble des partenaires internes et externes du RSSS afin de faciliter l'accès et les transitions au sein du

parcours de soins et services de la personne. Elles doivent également être intégrées afin d'éliminer les obstacles et d'éviter les bris de services. (MSSS, 2022a, p. 24)

La trajectoire de soins permet d'obtenir une vision d'ensemble des services offerts à la personne (Adeyemi et al., 2013; Sather et al., 2022; Schrijvers et al., 2012). Elle est un outil pertinent pour améliorer la continuité des soins entre les services et les autres secteurs, permettre la détection des possibles lacunes et les inefficacités dans les services pour ainsi améliorer la satisfaction de la personne et la qualité des soins (Adeyemi et al., 2013; Sather et al., 2022; Schrijvers et al., 2012; Seys et al., 2017). Elle peut aussi être utilisée pour mesurer la performance des soins et des services dans une unité donnée ou l'impact de nouvelles mesures mises en place avec la collecte d'indicateurs sélectionnés spécifiquement (MSSS, 2023b).

La création de trajectoires de soins présente plusieurs avantages spécifiques pour les personnes, notamment un meilleur suivi au niveau des soins et des services ainsi qu'une meilleure communication entre l'équipe de soins et les personnes (Seys et al., 2017). L'utilisation de trajectoires de soins a aussi été associée à plusieurs effets bénéfiques sur l'équipe de professionnels impliqués, tels qu'une meilleure communication et transfert d'informations entre ses membres, un environnement de travail plus favorable, une diminution du risque d'épuisement professionnel et une augmentation significative du sentiment de compétence (Deneckere et al., 2013; Seys et al., 2017).

Une revue de la portée sur l'impact de la mise en oeuvre de trajectoires de soins pour les transitions entre le milieu hospitalier et les services en communauté des personnes présentant un TSM a fait émerger plusieurs constats positifs (Sather et al., 2022). Sur le plan organisationnel, l'adoption de trajectoires de soins a favorisé la mise en place d'interventions cliniques plus ciblées, soutenues par un leadership clinique clairement défini. L'introduction de procédures cliniques standardisées et documentées a permis d'améliorer la connaissance des services disponibles et d'accroître la transparence à chaque étape du processus clinique. Les impacts de

l'utilisation de trajectoires de soins se sont également traduits par une diminution de la durée des séjours hospitaliers et des coûts associés, tout en améliorant la continuité des soins. En outre, les trajectoires ont renforcé la collaboration interprofessionnelle et favorisé une approche plus centrée sur la personne (Sather et al., 2022).

Les trajectoires de soins démontrent des liens étroits avec la mise en œuvre d'approches intégrées. Leurs objectifs sont similaires, soient de fournir des soins continus, pertinents et adaptés aux besoins de la personne, par la coordination des actions et la collaboration entre les différents services et équipes (Ahgren, 2012; Sather et al., 2022; Schrijvers et al., 2012). De plus, de par leur vision d'ensemble des processus de soins et de services, les trajectoires de soins pourraient faciliter l'implantation d'une approche intégrée en assurant un soutien à l'équipe pendant le déploiement. Par la suite, les trajectoires pourraient permettre d'évaluer la mise en oeuvre par l'utilisation de différents indicateurs de performance ciblés tout le long des trajectoires (Adeyemi et al., 2013; CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019; Williams et Radnor, 2018).

### **2.6.3 Les trajectoires de soins pour les TSM et les TUS**

Quelques études canadiennes sur les trajectoires de soins en santé mentale ont été réalisées dans les dix dernières années (Jabbour et al., 2016; Leclair et al., 2022; MacDonald et al., 2018; Roberge et al., 2024; Schoer et al., 2021), incluant deux revues de la littérature internationale, comprenant des études canadiennes (McIntyre et al., 2022; Sather et al., 2022). Ces études présentent des objectifs et des échantillons diversifiés, mais la majorité ont été réalisées sur des trajectoires de soins à l'urgence ou sur les processus de transition entre les services d'urgence et les services externes en santé mentale (Jabbour et al., 2016; McIntyre et al., 2022; Sather et al., 2022). Les deux seules études québécoises recensées ont étudié les services utilisés avant l'obtention d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (Leclair et al., 2022) ainsi que les profils de services utilisés pour les personnes présentant un trouble anxieux (Roberge et al., 2024).

Depuis quelques années, les plans d’actions gouvernementaux québécois misent sur un continuum de soins et de services intégrés pour les services en santé mentale (MSSS, 2022d), incluant les trois lignes de services ainsi que les services de proximité (voir [figure 2.3](#)). Le MSSS recommande aux différents établissements de santé de se baser sur ce continuum pour adapter leurs trajectoires de soins selon leurs particularités territoriales et populationnelles. En 2023, le MSSS (2023b) a aussi publié le cadre de référence *Améliorer l’accès, la qualité et la continuité des services de proximité* afin « 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). Certaines sections de ce document énoncent des recommandations concernant les trajectoires de soins, notamment de mettre en place une structure de gouvernance qui permet d’assurer la gestion par trajectoires de soins et d’effectuer le suivi des indicateurs pour en mesurer la performance. Un autre document publié en 2019 par le CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal vise à expliquer le modèle de gestion par trajectoire de soins et de services et ses avantages afin de répondre aux besoins des personnes (CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, 2019). Toutefois, ces deux derniers documents sont de nature générale et n’ont pas été spécifiquement élaborés pour les services de santé mentale. Parmi les recensions effectuées, il ne semble y avoir aucune documentation provinciale permettant d’accompagner les établissements de santé dans l’élaboration et l’implantation de trajectoires de soins en santé mentale. De ce fait, il s’ensuit probablement une forte hétérogénéité au niveau des trajectoires de soins selon les régions ou au contraire, il est possible qu’aucune trajectoire ne soit implantée.

En ce qui concerne les trajectoires de soins pour les TUS, la littérature québécoise fait état de peu d’études sur le sujet. Une étude qualitative récente effectuée par Aubut et al. (2021) a exploré les perceptions des personnes de 65 ans et plus au sujet de leur consommation de substances et leurs expériences avec l’utilisation des services en dépendance. De plus, un important programme de recherche qui, réalisé entre 2009 et 2016 et intitulé *Trajectoires addictives et trajectoires de services : les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge*, a principalement effectué des études qualitatives sur les trajectoires de services du

point de vue des usagers, des intervenants et des organisations (Brochu et al., 2014). Parmi celles-ci, l'étude réalisée par Bertrand et ses collègues (2014) a exploré les demandes d'aide que les participants ont effectuées dans différents services, autant en dépendance qu'en d'autres lieux, ainsi que les enjeux de collaboration entre ces différents services. Les résultats démontrent que plusieurs trajectoires différentes sont possibles et sont influencées par plusieurs facteurs, dont le service où a été réalisée la demande d'aide, l'accès à celui-ci, la transition entre les différents services, les relations interpersonnelles entre la personne et les professionnels, le degré de dévoilement de la consommation et la présence ou non d'une référence en dépendance (Bertrand et al., 2014).

La mise en place de trajectoires de soins en dépendance fait partie des objectifs prioritaires du PAID 2018-2028 (MSSS, 2018). Cependant, aucune orientation spécifique n'est mentionnée sur les meilleures pratiques à prôner. Chaque établissement dispose alors d'une certaine souplesse pour implanter des trajectoires de soins qui répondent à leurs particularités régionales. Tout comme les services en santé mentale, aucune documentation provinciale ne fournit de balises claires pour l'implantation de trajectoires de soins en dépendance.

Force est de constater que l'information reste parcellaire en ce qui concerne les trajectoires de soins en santé mentale et en dépendance au Québec. Qu'en est-il des études sur les trajectoires de soins pour les personnes présentant un trouble concomitant ?

#### **2.6.4 Les trajectoires de soins pour le trouble concomitant**

Les trajectoires de soins pour le trouble concomitant sont très peu étudiées. Dans leur revue systématique sur l'organisation des services de santé communautaire pour le traitement du trouble concomitant, Fantuzzi et Mezzina (2020) affirment qu'il existe un manque de politiques claires et d'organisations des réseaux pour permettre des trajectoires de soins cohérentes pour les personnes présentant un trouble concomitant. La revue de littérature de la

Commission de la santé mentale du Canada et du CCDUS (2023) met également en évidence des éléments pour lesquels des améliorations sont nécessaires, notamment que :

- Des trajectoires de soins claires sont indispensables pour fournir des soins optimaux;
- Les trajectoires de soins incluant l'intégration entre les services de santé mentale communautaires et les autres services de santé et services sociaux sont peu satisfaisantes;
- Les processus de référence continuent d'être complexes, alambiqués et peu clairs pour les personnes présentant des besoins complexes;
- Plusieurs obstacles structurels subsistent lors des transitions entre les milieux hospitaliers et les milieux communautaires.

Plusieurs établissements de santé et services sociaux tentent ou ont mis en place des mécanismes pour améliorer la trajectoire 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 CISSS des Laurentides, le CIUSSS de l'Estrie et plusieurs établissements dans la région de Montréal. Toutefois, il ne semble pas possible à l'heure actuelle de consulter les documents attestant de ces réalisations.

En résumé, les lignes directrices discutées précédemment et la littérature le confirment : la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant est complexe et doit être effectuée selon une approche intégrée ainsi qu'offrir des soins centrés sur la personne selon les besoins exprimés. L'implantation des meilleures pratiques n'est évidemment pas chose facile et d'importantes disparités existent entre les idéaux théoriques et les réalités des milieux cliniques. La trajectoire de soins et de services est un outil précieux pouvant permettre de rapprocher ces deux réalités.

## 2.7 La pertinence de cette thèse

Dans les dernières années, plusieurs études ont été effectuées sur la prévalence du trouble concomitant, les modèles d'interventions à offrir ainsi que sur différents programmes de services intégrés. Toutefois, très peu de recherches se sont déroulées sur les trajectoires de soins, les transitions et la continuité des soins et des services ainsi que la perspective syndémique du trouble concomitant.

Les trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant sont très peu étudiées. Une seule étude quantitative et deux études qualitatives ont exploré ces concepts. La récente étude quantitative de Myhre et al. (2024) a exploré les trajectoires de services utilisées avant un décès par suicide chez les personnes présentant un TUS seulement ou un trouble concomitant à l'aide d'une analyse de séquence et une analyse en grappes. Deux des quatre trajectoires incluait une large proportion de personnes présentant un trouble concomitant et permettaient de déceler l'utilisation ou non des services hospitaliers ou ambulatoires avant le décès par suicide. Cependant, les résultats ne permettaient pas de différencier quels soins et services spécifiques avaient été reçus. La première étude qualitative a examiné les expériences de soins de jeunes âgés de 12 à 24 ans présentant un trouble concomitant ainsi que la trajectoire empruntée depuis les services d'urgence vers les services de santé mentale jeunesse (Glowacki et al., 2022). Les résultats ont notamment mis en lumière des temps d'attente excessivement longs aux urgences ainsi qu'une communication insuffisante entre l'urgence et les autres services ainsi que dans le processus de transition. La deuxième étude qualitative est un récit narratif décrivant les différentes trajectoires de soins d'une personne présentant un trouble concomitant lors de ses visites dans un service d'urgence (Willmann, 2020). Cette étude a décrit les différents soins et services reçus à l'urgence et a mis en évidence un manque de communication entre le personnel des urgences et les équipes de liaison en santé mentale/dépendance. Toutefois, l'étude soulignait une limite, soit l'absence d'informations sur l'historique médical de la personne ainsi que sur l'utilisation des services sociaux. Ces deux études fournissent des informations pertinentes sur la problématique de continuité des soins entre l'urgence et les autres services.

Cependant, elles ne fournissent pas d'informations spécifiques sur la séquence des services et des interventions fournies aux services d'urgence. De plus, ces études ont été réalisées avec un échantillon d'adolescents et de jeunes adultes, excluant la population plus âgée.

La littérature fait état d'un grand nombre d'études sur les services ambulatoires utilisés par les personnes présentant un trouble concomitant (Đào et al., 2019; Graham et al., 2017; Huynh et al., 2020; Jegede et al., 2022; Kêdoté et al., 2008; Khan, 2017; Urbanoski et al., 2017). Cependant, seulement deux études ont exploré les transitions entre les services ambulatoires et les services d'urgence (Glowacki et al., 2022; Lavergne et al., 2022a). L'étude de Lavergne et al. (2022a) a examiné la relation entre l'utilisation des services ambulatoires et les visites ultérieures à l'urgence pour trois groupes : 1) les personnes traitées uniquement pour des troubles mentaux courants, 2) uniquement pour des troubles mentaux graves et 3) celles traitées pour un TUS seul ou un trouble concomitant. Toutefois, aucun groupe ne ciblait exclusivement les personnes présentant un trouble concomitant. De plus, parmi les limites mentionnées dans l'étude, les auteurs ont souligné l'absence de certaines variables : les types de soutien informels, les services de psychothérapie ou de counseling dans les services communautaires de santé mentale ainsi que l'accès au logement, au soutien social ou financier (Lavergne et al., 2022a). L'étude de Glowacki et al. (2022), mentionnée précédemment et incluant des jeunes âgés de 12 à 24 ans présentant un trouble concomitant, s'est concentrée sur la trajectoire de soins à l'urgence et la référence vers d'autres services, mais, tout comme la première étude, n'a pas abordé les différentes caractéristiques des services ambulatoires.

Au niveau du Québec, les données concernant les soins et services offerts en santé mentale et en dépendance sont difficiles à obtenir et à exploiter (MSSS, 2020, 2023a). Par exemple, les centres de réadaptation en dépendance (CRD) disposent de leur propre base de données indépendante des autres systèmes (Fleury et al., 2018). Lorsque certaines bases de données sont regroupées dans un même système, par exemple au MSSS, elles ne sont pas intégrées. Selon Fleury et al. (2018), il est également ardu d'identifier, dans les services d'urgence,

les personnes présentant une fréquence élevée de visites et d'évaluer si celles-ci parviennent à obtenir une continuité des soins adéquate, selon leurs besoins. Le présent projet de recherche permettra d'accéder à des données plus difficiles à obtenir et de les regrouper afin d'avoir une vue d'ensemble des trajectoires de soins à l'urgence et de l'arrimage avec les services en santé mentale et en dépendance des personnes présentant un trouble concomitant.

Enfin, la perspective syndémique du trouble concomitant est très peu connue, étant un concept assez récent. Environ une vingtaine d'études ont été recensées abordant le TSM et le TUS comme variables à l'étude (voir [section 2.3.3](#)). Les études portent principalement sur des populations présentant soit un TSM ou un TUS lié à une problématique de nature physique ou sur des groupes spécifiques (jeunes, personnes vivant avec le VIH, hommes ayant des relations avec d'autres hommes, vétérans). Seulement trois études mettent en relation le trouble concomitant et des facteurs sociaux (Clementi et al., 2020; Lett et al., 2022; Turpin et al., 2020). Aucun facteur structurel n'a été exploré tels que l'utilisation ou l'accès aux services de santé et services sociaux des personnes présentant un trouble concomitant.

Cette thèse est pertinente en ce sens qu'elle vise à apporter un nouvel éclairage sur les trajectoires de soins et de services des personnes présentant un trouble concomitant et transitant par les services d'urgence. Par le fait même, elle vise être en mesure d'identifier certains enjeux rencontrés sur ces trajectoires au regard d'une approche intégrée. Sur le plan de la perspective syndémique du trouble concomitant, l'utilisation et l'offre de services est un facteur structurel qui ne semble pas avoir été étudié en tant que facteur syndémique. L'utilisation des trajectoires de soins pour explorer la perspective syndémique du trouble concomitant représente également un angle d'étude encore inexploré.

## **2.8 Objectifs de recherche et questions de recherche**

L'objectif général de cette thèse est de caractériser les trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant et transitant par les services d'urgence et les services de santé mentale et de dépendance ainsi qu'explorer la perspective syndémique du trouble concomitant à partir de ces trajectoires de soins. L'objectif général se décline en trois objectifs spécifiques :

### **1- Décrire les trajectoires de soins et de services à l'urgence des personnes présentant un trouble concomitant (O1)**

Question de recherche : Quelles sont les caractéristiques et les particularités des trajectoires de soins à l'urgence des personnes présentant un trouble concomitant ?

### **2- Caractériser le portrait des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance offerts et reçus par les personnes présentant un trouble concomitant et comparer ces services en fonction des plus fréquents diagnostics médicaux émis au congé de l'urgence (O2)**

Questions de recherche : Quels sont les services en santé mentale et en dépendance offerts et reçus par les personnes présentant un trouble concomitant suite à leur passage à l'urgence ? Quelles sont les similarités et les divergences de ces services selon les diagnostics médicaux émis au congé de l'urgence ?

### **3- Explorer la perspective syndémique du trouble concomitant à partir des trajectoires de soins et de services à l'urgence et les transitions vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne (O3)**

Questions de recherche : La perspective syndémique du trouble concomitant est-elle présente et visible sur les trajectoires de soins et de services? Comment est-elle illustrée? Comment influence-t-elle l'utilisation et l'accès aux services ?



## Chapitre 3 – Méthodologie générale

Ce chapitre décrit de manière exhaustive les différentes méthodes utilisées ainsi que les analyses sélectionnées pour les trois objectifs du projet de thèse. Concernant les analyses spécifiques à chaque objectif, des descriptions additionnelles se retrouvent dans les trois articles retrouvés dans les chapitres 5, 6 et 7.

### 3.1 Devis de recherche

Une étude quantitative exploratoire observationnelle, descriptive et comparative a été réalisée de manière rétrospective à partir de dossiers médicaux de personnes présentant un trouble concomitant. La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche du CIUSSSMCQ sous le numéro CÉRC-2016-027 (voir [annexe A](#)) et par la Direction de l'enseignement universitaire, la recherche et l'innovation du CIUSSSMCQ. Comme l'objectif de cette recherche est d'obtenir un portrait de la clientèle présentant un trouble concomitant et de sa trajectoire de soins et de services et que cette dernière est peu connue, un devis exploratoire semblait le plus approprié. En fonction du temps imparti pour ce projet, l'étude rétrospective permettait d'avoir accès à une multitude de données déjà regroupées dans différents documents et bases de données. Des analyses quantitatives ont tout d'abord été utilisées pour explorer et visualiser les différences et similitudes entre les personnes et les services offerts et reçus sur la trajectoire de soins et de services, ce qui permettait de répondre aux deux premiers objectifs de cette recherche. Par la suite, une étude de cas multiples semblait pertinente pour explorer plus en profondeur la trajectoire de soins et de services ainsi que mettre en évidence les possibles liens entre les visites à l'urgence, les services externes et les facteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. Malgré l'utilisation d'une étude de cas multiples, qui est habituellement utilisée dans un devis qualitatif, le devis du projet de thèse reste quantitatif en ce sens où les données collectées pour l'étude de cas multiples proviennent des mêmes sources de données que les deux premiers volets quantitatifs. Les données sont des variables collectées dans les dossiers médicaux et dans certaines bases de données décrites ci-après. Considérant le temps imparti pour ce projet

doctoral et des enjeux de faisabilité, les méthodes de collecte habituellement utilisées pour un devis qualitatif, telles que les entretiens ou les groupes de discussion, n'ont pas été utilisées.

### **3.2 Zone d'étude**

La population totale de la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec comptait, en 2016, 508 511 habitants pour un territoire de 42 790 km<sup>2</sup> (Statistique Canada, 2017). L'étude a été réalisée dans quatre établissements affiliés au CIUSSSMCQ, soit le Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières, l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie à Shawinigan, l'Hôpital Sainte-Croix à Drummondville et l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska à Victoriaville. Le choix des établissements repose sur le fait que les services d'urgence de ces établissements offrent des services en santé mentale et des consultations en psychiatrie avec la collaboration des psychiatres. Ceux-ci ne sont pas physiquement présents à l'urgence 24 heures sur 24, mais peuvent être contactés ponctuellement pour réaliser une consultation. Le Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières, regroupant principalement les régions de Trois-Rivières et Bécancour-Nicolet-Yamaska, desservait une population de 182 098 habitants en 2015. L'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie à Shawinigan (incluant la région de la Vallée-de-la-Batiscan et Maskinongé) desservait une population de 112 526 habitants. L'Hôpital Sainte-Croix à Drummondville et l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska à Victoriaville desservaient respectivement 102 842 et 95 212 habitants. Concernant les services offerts en santé mentale et en dépendance, le territoire comptait 14 organismes communautaires œuvrant en dépendance, 29 organismes communautaires en santé mentale, 12 sites affiliés au CRD (avec ou sans hébergement, traitements de substitution) et notamment les services de 1<sup>e</sup> ligne suivants : services psychosociaux généraux, intervention de crise dans le milieu 24/7 (état mental perturbé, idées suicidaires, actes de violence), GASMA, SIM et SIV. La région dénombrait aussi trois ressources d'hébergement.

### 3.3 Population

La population ciblée dans cette étude inclut les hommes et les femmes (sexe biologique) âgés de 18 ans et plus présentant un TSM diagnostiqué selon le DSM-5 (APA, 2013) ainsi qu'un TUS inscrit dans le dossier médical. Les personnes doivent s'être présentées au moins une fois dans un service d'urgence entre le 1<sup>er</sup> mai 2015 et le 30 avril 2016 (période de 12 mois). Les dossiers médicaux présentant un diagnostic principal de démence, d'Alzheimer, de trouble du spectre de l'autisme ou de déficience intellectuelle ont été exclus du processus de sélection considérant les altérations cognitives entraînant des difficultés au niveau de la communication et de la mémoire. De plus, les services associés à ces diagnostics relèvent des programmes de santé physique plutôt que des programmes de santé mentale. La présence d'un trouble de la personnalité limite n'était pas un facteur d'exclusion. Toutefois, nous avons pris la décision de limiter le nombre de personnes présentant ce TSM, considérant leur utilisation élevée des services d'urgence (Broadbear et al., 2022; Matusiewicz et al., 2014) et le fait que l'objectif était d'avoir un échantillon incluant plusieurs TSM différents. Les personnes pouvaient toutefois avoir plusieurs TSM simultanément, incluant un trouble de la personnalité limite. Concernant les TUS, la fréquence de consommation de tabac étant élevée chez les personnes présentant un trouble concomitant (Castaldelli-Maia et al., 2021), nous avons fait le choix d'exclure les personnes qui présentaient seulement un TUS lié au tabac afin d'avoir une diversité de diagnostics. Cependant, les personnes pouvaient présenter plusieurs TUS simultanément, incluant le tabac.

### 3.4 Sélection des dossiers médicaux

La prévalence des troubles concomitants pour la population desservie par le CIUSSSMCQ n'étant pas connue, nous avons estimé la taille de l'échantillon à l'aide de la formule de Cochran (Ahmed, 2024), en nous basant sur des données canadiennes disponibles ([figure 3.1](#)).

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{E^2}$$

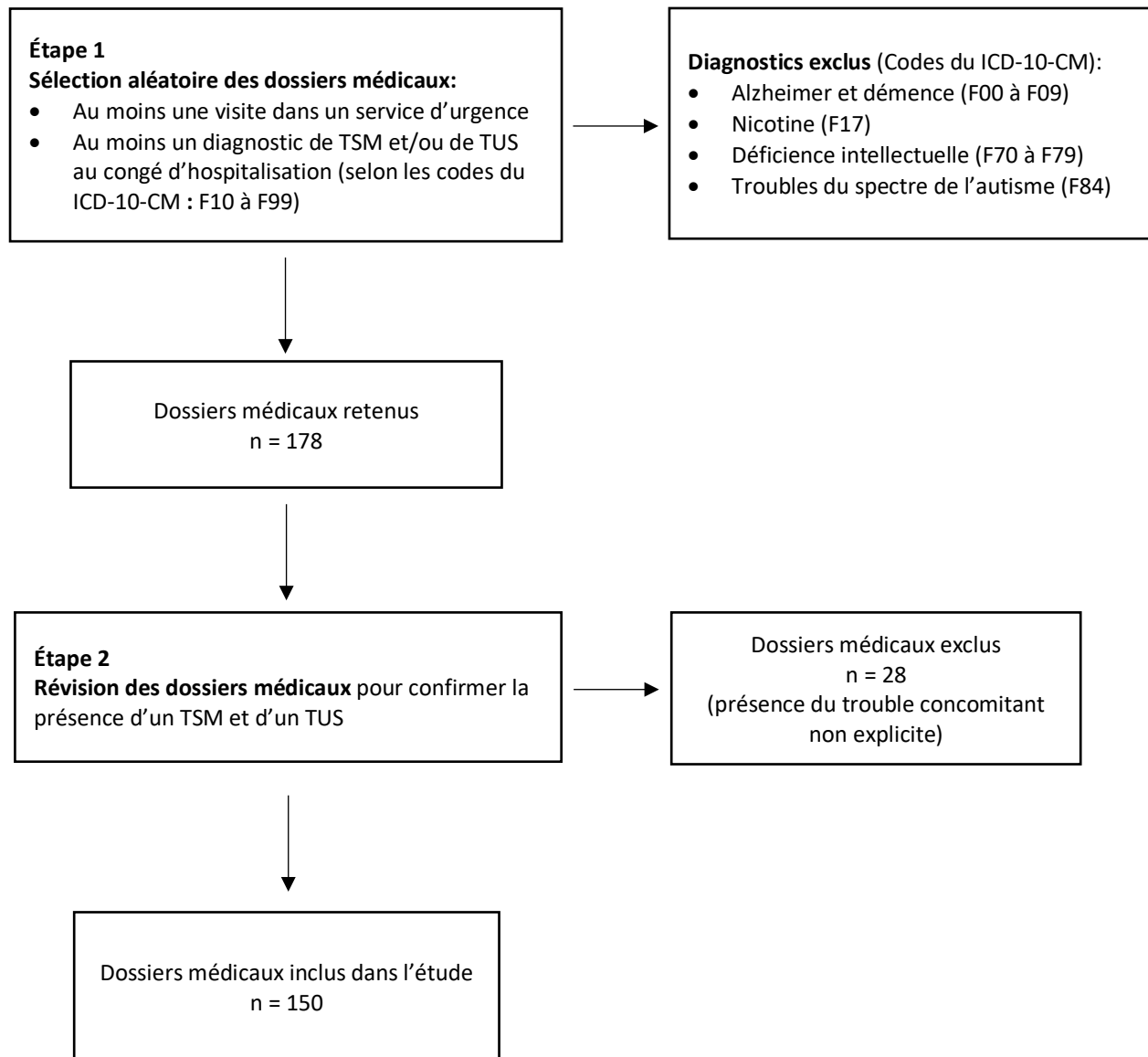
Figure 3.1. – Formule de Cochran

Source : Ahmed (2024)

Pour déterminer la valeur de  $p$ , nous avons utilisé les données de l'Institut de la statistique du Québec (2015), selon lesquelles la prévalence des TSM au Québec est d'environ 20 %. Une méta-analyse menée par Hunt et al. (2018), incluant 123 articles dont sept études canadiennes, a rapporté que la prévalence des TUS chez les personnes atteintes de schizophrénie pouvait atteindre 41,7 %. À partir de ces données, nous avons estimé la prévalence des troubles concomitants dans notre population comme suit : si 20 % de la population présente un TSM et que parmi ce sous-groupe, 41,7 % présentent également un TUS, alors environ 8,3 % de la population de la région ciblée présenterait un trouble concomitant. Pour les besoins du calcul, nous avons arrondi cette estimation à 10 % (valeur de  $p$ ). En utilisant la formule de Cochran, avec un intervalle de confiance de 95 % ( $z = 1,96$ ) et une marge d'erreur de 5 % ( $e$ ), une taille d'échantillon minimale de 138 dossiers médicaux était suffisante pour la présente étude.

Une demande a été envoyée aux quatre services des archives des établissements ciblés afin de constituer une liste de dossiers médicaux correspondant aux caractéristiques mentionnées précédemment. Une sélection aléatoire des dossiers a été réalisée par les services des archives à partir du logiciel *Impromptu*, lequel répertorie les diagnostics émis lors du congé médical de la personne, après un épisode d'hospitalisation. Chaque diagnostic est codifié selon les codes établis par la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition, version modifiée (Organisation mondiale de la santé, 2019). Les codes F10.0 à F99 sont les codes correspondant aux problématiques liées aux TSM et aux TUS. Suite à la sélection aléatoire, 178 dossiers ont été sélectionnés et répartis de la façon suivante entre les quatre établissements : 67 dossiers à Trois-Rivières, 35 dossiers à Shawinigan, 37 dossiers à Drummondville et 39 dossiers à Victoriaville. Chaque dossier médical a ensuite été examiné afin de confirmer la présence d'un diagnostic de

TSM et la présence d'un TUS, lesquels devaient être inscrits dans les notes médicales. À cette étape, 28 dossiers ont été exclus, car le trouble concomitant n'était pas assez explicite. Un échantillon total de 150 dossiers a été constitué pour le projet de recherche. La [figure 3.2](#) résume les étapes de sélection des dossiers médicaux.



Note. ICD-10-CM = International Classification of Diseases, Tenth Revision – Clinical Modification (OMS, 2019)

Figure 3.2. – Diagramme de flux pour la sélection de l'échantillon

### 3.5 Sélection des variables

La sélection des variables s'est effectuée à partir de plusieurs documents : 1) la trajectoire de soins et de services en santé mentale adulte du CIUSSSMCQ ([Annexe B](#)), 2) la trajectoire de soins et de services des personnes se présentant aux services d'urgence et réalisée en amont de ce projet doctoral par la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé de l'UQTR ([Annexe C](#)), 3) les formulaires de demandes de références pour les services de 1<sup>e</sup> ligne ([Annexe D](#)) et 2<sup>e</sup> ligne ([Annexe E](#)) en santé mentale et en dépendance, et 4) les informations inscrites aux dossiers médicaux électroniques des personnes après que la demande de référence ait été reçue par les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Le choix des variables a été effectué dans l'objectif de recueillir des informations tout au long de la trajectoire de soins des personnes, autant au niveau des services d'urgence que des services reçus en 1<sup>e</sup> et en 2<sup>e</sup> ligne. Les services ciblés incluaient tous les services en santé mentale et en dépendance publics offerts en 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Bien que plusieurs services privés payants étaient disponibles (psychologie, maisons de thérapie), la présente étude s'est concentrée sur les services publics reliés aux services de 1<sup>e</sup> ligne, ainsi que sur les services en dépendance offerts à l'extérieur des services hospitaliers (centre de désintoxication avec ou sans hébergement, suivis réguliers et traitements de substitution). Nous avons également examiné les autoréférences ainsi que les demandes de services liées à des besoins spécifiques fréquemment rencontrés chez les personnes présentant un trouble concomitant : hébergement, difficultés financières et problèmes judiciaires. Les variables ont été regroupées en cinq catégories et sont présentées dans le [tableau 3.1](#) suivant :

Tableau 3.1– Catégories et variables associées

| Catégories   | Variables  |
|--|--|
| Socio-démographique  | Âge, sexe biologique, occupation, statut civil, scolarité, nombre d'enfants, nationalité, hébergement, antécédents judiciaires, soutien familial, réseau social, besoins financiers  |
| Médicale et psychosociale                                      | Troubles de santé mentale, troubles liés à l'usage de substances, problématiques de santé physique, médication, antécédents familiaux de TSM et TUS, antécédents personnels de TSM et TUS pendant la jeunesse, antécédents de tentative de suicide   |
| Soins et services  | Antécédents de services avec le centre jeunesse, accès à un psychiatre, accès à un médecin de famille, suivi avec intervenants, autorisation judiciaire de soins, programme de substitution  |
| Épisodes de soins dans les services d'urgence                  | Nombre de visites à l'urgence, raison de consultation, score assigné au triage, endroit assigné après l'évaluation médicale, départ avant consultation médicale, consultation psychiatrique, diagnostic médical au congé de l'urgence, implication de l'infirmière de liaison en dépendance à l'urgence, implication de l'infirmière de liaison en santé mentale à l'urgence, implication de la travailleuse sociale à l'urgence, interventions d'un psychologue, services offerts au congé de l'urgence, types de services offerts, durée du séjour |
| Demandes de services en 1 <sup>e</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne | Référant, service où la demande a été transmise, raison inscrite sur la demande, décision après évaluation de la demande, service assigné, délai d'attente avant le premier rendez-vous, référence vers l'infirmière de liaison en dépendance, trouble concomitant mentionné dans la demande, raison de fin du suivi   |

Pour la catégorie socio-démographique, la variable « sexe biologique » était disponible, mais les dossiers médicaux ne permettaient pas d'obtenir de données sur l'identité sexuelle et/ou de genre (personnes homosexuelles, non-binaires, trans). Les variables « accès à un psychiatre » et « accès à un médecin de famille » indiquent qu'un psychiatre et/ou un médecin de famille traitant est documenté dans le dossier médical de la personne. La variable « endroit assigné » fait référence à l'orientation de la personne après l'évaluation de l'urgentologue. La personne pouvait être redirigée directement vers son domicile ou placée en observation sur civière régulière ou dans l'unité de psychiatrie annexée à l'urgence. Une hospitalisation sur une unité de soins ou un

transfert à l'unité d'hospitalisation brève était aussi possible. L'unité d'hospitalisation brève est annexée aux services d'urgence et est indiquée pour les personnes dont la condition ne nécessite plus de soins considérés urgents, mais requérant tout de même une surveillance, une réévaluation ou des traitements supplémentaires. Ces unités sont similaires à une unité d'hospitalisation, mais les séjours sont habituellement d'une durée maximale de 72 heures (MSSS, 2022c).

Concernant les demandes de services en 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, une référence vers un service en santé mentale ou en dépendance peut être effectuée par tout professionnel de la santé ou des services sociaux ainsi que par des intervenants travaillant en étroite collaboration avec la personne, tels que les organismes communautaires, les agents du système judiciaire ou les proches (MSSS, 2022a). Un autre mécanisme disponible pour accéder aux services est le service de consultation téléphonique gratuit Info-Social, coordonné par des travailleuses sociales qui évaluent les besoins, assurent une écoute active, fournissent des conseils et répondent aux questions liées à des problèmes psychosociaux (Gouvernement du Québec, 2020). Si nécessaire, elles peuvent orienter les personnes vers le service d'urgence le plus près, les services de 1<sup>e</sup> ligne ou les ressources communautaires (Bourque et al., 2016). Dans chacun des quatre services d'urgence, des infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance, ne faisant pas partie de l'équipe de soins de l'urgence, sont disponibles pendant les heures de bureau pour soutenir l'équipe de soins, réaliser des évaluations auprès de la clientèle et offrir d'autres interventions brèves si nécessaire. Considérant que ces infirmières peuvent également recevoir des demandes de services provenant de l'urgence ou de toute unité d'hospitalisation ainsi que faciliter l'arrimage avec les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, cette variable a été incluse dans l'étude.

### **3.6 Collecte des données**

Une banque de données a été développée avec le logiciel Excel de Microsoft Office 365 ProPlus (v.16.0.6965.2117) pour regrouper les informations provenant de l'ensemble des bases de données et des dossiers médicaux de chaque personne ([figure 3.3](#)). Des menus déroulants ont

été créés pour les variables ayant une possibilité de réponses multiples afin de standardiser l'entrée des données et réduire les erreurs de saisie.

| No code | No dossier | Sexe     | Région     | Dx psychiatrique  | Dépendance                              | ATCD médicaux                         | Rx psy   | Autres Rx   | Tabac  | Suivi psy | MD famille | Suivi spécialistes | Épisodes urg en 12 mois | # r/ |
|---------|------------|----------|------------|---|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------|------------|--------------------|-------------------------|------|
| 661     | 142        | 211408   | Masculin   | Shawinigan  | Autre tr person<br>Bipolarité           | Alcool<br>Cannabis                    | Gastro-entéro<br>Neuro   | Antidépresseurs<br>Antipsychotique<br>Anxiolytiques | Autres | Non       | Non        | Oui                | Non                     | 8    |
| 662     | 142        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 663     | 147        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 664     | 142        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 665     | 142        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 666     | 142        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 667     | 142        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 668     | 142        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 669     | 143        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 670     | 143        | Féminin  | Shawinigan | Schizophrénie<br>Bipolarité<br>Trouble dépressif<br>Autre tr humeur<br>PCA<br>Démence/déliirium<br>Troubles anxieux<br>Tent suicide récur | Cannabis                                | Hémato-onco<br>Autres                 | Antidépresseurs<br>Anxiolytiques                                 | Analg opiacés<br>Somnifères<br>Contraceptifs        | Non    | Non       | Oui        | Non                | 2                       |      |
| 671     | 143        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 672     | 143        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 673     | 144        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 674     | 144        | Masculin | Shawinigan | Schizophrénie<br>Autre tr person<br>Cannabis  | Amphétamines<br>Alcool                  | Autres                                | Antipsychotique<br>Anxiolytiques                                 | Vitamines/minéraux<br>Analgésique rég               | Oui    | Oui       | Non        | Non                | 1                       |      |
| 675     | 145        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 676     | 145        | Masculin | Shawinigan | Schizophrénie<br>Troubles anxieux<br>Autre tr person  | Alcool                                  | Cardio-vasc<br>Dermato<br>Pneumo      | Antipsychotique<br>Anticoag<br>Psychostimulants<br>Anxiolytiques | Ant-H1A<br>Analgésique rég                          | Oui    | Oui       | Non        | Non                | 1                       |      |
| 677     | 145        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 678     | 145        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 679     | 146        | Féminin  | Shawinigan | Bipolarité<br>TIP   | Cocaine<br>Amphétamines                 | Endocrino                             | Aide au sevrage<br>Antipsychotique                               | Analgs opiacés<br>Suppl hormonaux                   | Oui    | Oui       | Oui        | Non                | 1                       |      |
| 680     | 146        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 681     | 146        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 682     | 147        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |
| 683     | 147        | Masculin | Shawinigan | Autre tr person<br>Tr psychotiques<br>Tent suicide récur  | Alcool<br>Iix opiacés<br>Autres dépress | Gastro-entéro<br>Neuro<br>Doull chron | Anxiolytiques<br>Antipsychotique<br>Antidépresseurs              | Analgs opiacés<br>Inhalateurs<br>Autres             | Oui    | Oui       | Oui        | Non                | 2                       |      |
| 684     | 147        |          |            |   |   |                                       |  |   |        |           |            |                    |                         |      |

Figure 3.3. – Extrait de la banque de données

Le numéro d'assurance-maladie du Québec a été utilisé dans chaque base de données et dossier médical afin d'assurer l'identification précise des personnes. Un code a ensuite été attribué à chaque personne pour préserver la confidentialité. Pour chaque dossier médical, toutes les visites à l'urgence ont été considérées. Par exemple, si la personne a effectué 25 visites sur une période de 12 mois, les informations des 25 visites ont été consignées dans la banque de données. Concernant les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, la collecte cible les années 2011 à 2018, car les bases de données ne permettaient pas d'avoir accès à tous les services avant 2011.

Les bases de données suivantes ont été utilisées : 1) *SIC+* de i-CLSC pour toutes les demandes de services et les autoréférences effectuées dans les services de 1<sup>e</sup> ligne en santé mentale à partir de 2011 jusqu'à décembre 2018, 2) *SIC-SRD* de i-CLSC pour les demandes de services et les autoréférences dans les services de 2<sup>e</sup> ligne en dépendance à partir de 2011 jusqu'à décembre 2018, 3) Le *Dossier Santé Québec* du Gouvernement du Québec pour la médication

prescrite, et 4) *SIURGE* de Logibec pour les consultations médicales à l'urgence ainsi que les informations recueillies lors du triage : date et heure d'arrivée à l'urgence, raison de consultation, niveau de priorité à l'échelle canadienne de triage et de gravité et historique médical. Certaines données ne se retrouvaient pas dans les bases de données nommées précédemment. Les dossiers en format papier ont été utilisés pour trouver les données manquantes, à l'exception de l'établissement de Trois-Rivières où les dossiers sont informatisés avec le logiciel *Purkinje*. Des données ont également été recueillies dans les notes évolutives infirmières, les consultations en psychiatrie et les notes médicales. Enfin, des notes de terrain ont été consignées selon le jugement clinique de l'étudiante-chercheuse.

### **3.7 Analyses des données**

Des tableaux dynamiques croisés ont été réalisés avec le logiciel Excel afin d'identifier les données manquantes et les erreurs de saisie. Lorsque cette situation survenait, l'étudiante-chercheuse est d'abord retournée valider les données dans les dossiers médicaux. Certaines données manquantes continues ou quantitatives ont été remplacées par la valeur correspondant au mode ou à la médiane calculée avec les données disponibles. Certaines données manquantes catégorielles ou qualitatives ont pu être remplacées en observant le parcours de la personne lors de son épisode de soins à l'urgence, ce qui permettait de déduire la valeur manquante. Par exemple, une personne a reçu une consultation en psychiatrie, mais dans la base de données, la cellule correspondante était vide. Cependant, le délai d'attente entre l'évaluation de l'urgentologue et la réalisation de la consultation en psychiatrie était inscrit. Il était donc possible de déduire qu'une consultation en psychiatrie avait eu lieu et d'inscrire la valeur « oui » dans la case correspondante. Par la suite, les analyses ont été effectuées selon les objectifs de la thèse. Celles-ci sont décrites dans les prochaines sous-sections.

### 3.7.1 Analyses pour le premier objectif

Pour le premier objectif, qui est de décrire les trajectoires de soins à l'urgence des personnes présentant un trouble concomitant, des analyses descriptives, une analyse par correspondances multiples ainsi qu'une analyse par regroupement ont été réalisées. Le logiciel SPSS version 27 a été utilisé pour les analyses descriptives (fréquences, moyennes et médiane) des données socio-démographiques, les antécédents de nature médicale et les visites à l'urgence. En ce qui concerne les analyses principales, il faut préciser que les trajectoires de soins sont généralement liées au diagnostic primaire de la personne. Considérant que le premier objectif est de décrire les trajectoires de soins aux urgences et d'explorer ses caractéristiques et particularités, la visite à l'urgence a été sélectionnée comme unité d'analyse plutôt que le diagnostic primaire. Dans l'échantillon, la majorité des personnes ont effectué plus d'une visite à l'urgence sur la période de 12 mois ciblée pour l'étude. Pour chacun des dossiers, le trouble concomitant (diagnostics primaires) demeurait le même pendant toute la période d'étude (p. ex. : un trouble anxieux avec un trouble lié à l'usage de l'alcool). Cependant, le diagnostic médical émis au congé pouvait varier d'une visite à l'autre (p. ex. : idées suicidaires, symptômes psychotiques, symptômes dépressifs), ainsi que d'autres variables telles que la cote de triage et l'endroit assigné après l'évaluation médicale. Nous avons donc considéré que chaque visite était unique et différente des autres, même si elle a été effectuée par la même personne.

L'échantillon total comprenait 701 visites effectuées sur la période ciblée. Pour les analyses par correspondances multiples, seules les visites liées à un problème de santé mentale ou d'usage de substances ont été retenues et les visites liées à un problème de santé physique ont été retirées des analyses. L'échantillon final comprenait alors 477 visites. L'analyse par correspondances multiples a été sélectionnée, car elle permet d'analyser une grande quantité de données et en particulier les données de nature catégorielle, ce qui correspondait à la majorité des données collectées. Ce type d'analyse est une technique statistique multivariée puissante utilisée pour les grands ensembles de données afin d'explorer la présence et l'intensité des associations entre les variables (Greenacre, 2016). Cette technique exploratoire peut également

révéler des relations inattendues entre les variables. Les variables sélectionnées pour cette analyse étaient le diagnostic médical au congé, la cote de triage, l'endroit assigné après l'évaluation médicale, la présence d'une consultation psychiatrique, la présence de services offerts au congé ainsi que la présence d'interventions des infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance. Pour la variable « diagnostic médical au congé », la fréquence de certains diagnostics étant assez faible ( $n < 5$ ), ceux-ci ont été regroupés avec d'autres diagnostics présentant des caractéristiques similaires, conformément aux règles de l'analyse par correspondances multiples.

L'analyse par correspondances multiples effectue une réorganisation des données afin de produire des associations entre les variables et ainsi créer des dimensions. Chaque dimension représente une proportion de l'inertie totale (équivalente à la variance). Comme il n'est pas possible d'expliquer toute l'inertie, le modèle optimal est celui qui permettra de l'expliquer avec le plus petit nombre de dimensions. Le nombre optimal de dimensions a été déterminé à l'aide de la correction de Greenacre (1993), de la correction de Benzecri (1979) et du *scree plot* (Field, 2018). Dans un deuxième temps, une analyse par regroupement en deux étapes a été effectuée afin de regrouper les visites présentant les mêmes caractéristiques. Un regroupement par liaison des centroïdes suivi d'une analyse hiérarchique ont été réalisés pour confirmer le nombre optimal de groupes. Ce nombre optimal a ensuite été sélectionné sur la base d'un dendrogramme et de l'interprétabilité des résultats. La version 1.4.1106 de RStudio a été utilisée pour les deux analyses expliquées précédemment. L'objectif de notre étude étant exploratoire, nous avons fait le choix de ne pas effectuer d'analyses statistiques comparatives entre les groupes. Pour chaque groupe, nous avons calculé la contribution de chaque catégorie de variables en divisant la proportion de la catégorie de variables dans le groupe par la proportion de la catégorie de variables dans l'échantillon total (ratio d'indexation) et en multipliant le résultat par 100. Les ratios compris entre 60 et 120 indiquent que la catégorie de variables n'a aucun impact dans ce groupe. Les ratios inférieurs à 60 signifient que la catégorie de variables est sous-représentée dans le regroupement et les ratios supérieurs à 120 indiquent une surreprésentation.

### 3.7.2 Analyses pour le deuxième objectif

Le deuxième objectif de cette thèse se décline en deux sous-objectifs : 1) caractériser les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance offerts et reçus par les personnes présentant un trouble concomitant et 2) comparer ces services en fonction des plus fréquents diagnostics émis au congé de l'urgence. Le logiciel SPSS version 27 a été utilisé pour réaliser les analyses. Des analyses descriptives ont été effectuées pour le calcul des fréquences et des pourcentages dans le cas des variables catégorielles, ainsi que pour le calcul des moyennes, écarts-types et médianes pour les variables continues.

Pour répondre au deuxième sous-objectif, les diagnostics médicaux les plus fréquents enregistrés au congé de l'urgence ont été extraits de chaque dossier médical. Pour les personnes ayant effectué plusieurs visites à l'urgence durant la période d'étude, le diagnostic le plus fréquent a été retenu. En cas d'égalité entre deux diagnostics, les raisons de consultation au triage ont été examinées et le diagnostic le plus similaire a été sélectionné. En raison de la faible fréquence ou de la similarité de certains diagnostics, des regroupements ont été effectués, avec comme résultat cinq groupes : tentatives de suicide, symptômes psychotiques/agitation, symptômes anxieux/dépressifs, idées suicidaires et symptômes d'intoxication ou liés au sevrage d'alcool ou de drogues (désignés ci-après comme symptômes liés à l'abus de substances). Ces catégories sont cohérentes avec d'autres études ayant identifié les diagnostics les plus fréquents au congé de l'urgence ainsi qu'avec la classification du CIM-10-CM (Fleury et al., 2019; Lavergne et al., 2022b; OMS, 2019; Xi et al., 2020). L'échantillon a ensuite été réparti dans ces cinq groupes. Des analyses bivariées ont été conduites pour effectuer des comparaisons entre les cinq groupes, avec une valeur alpha fixée à  $p = 0,05$ . Le test du chi carré a été utilisé pour les variables catégorielles et le test exact de Fisher a été appliqué lorsque les conditions d'application du test du chi carré n'étaient pas respectées. Un test t post-hoc pour proportions indépendantes a également été réalisé à la suite du test du chi carré ou du test exact de Fisher afin d'identifier les différences statistiquement significatives entre les groupes. Un test ANOVA à un facteur pour échantillons indépendants a été utilisé pour la variable âge, tandis que le test de Kruskal–Wallis

pour échantillons indépendants a été appliqué aux variables continues ne suivant pas une distribution normale (Weaver, 2018). Étant donné que le nombre de visites à l'urgence ne suivait pas une distribution normale et comportait des valeurs aberrantes, le test de la médiane de Mood a été utilisé (Bower et al., 2023). Afin d'éviter les erreurs de type 1 liées à la multiplicité des tests entre les groupes, la correction de Bonferroni a été appliquée (Field, 2018).

### **3.7.3 Analyses pour le troisième objectif**

Le troisième objectif vise à explorer la perspective syndémique du trouble concomitant sur la trajectoire de soins et de services. Une étude de cas multiples exploratoire a été sélectionnée comme méthode d'analyse selon la proposition de Yin (2018). L'étude de cas multiples a été privilégiée sur l'étude de cas unique, car elle ajoute de la robustesse à l'étude et augmente la validité externe. Selon Yin (2018), les informations recueillies dans plus d'un cas permettent de mieux délimiter les construits et leurs relations avec le phénomène d'intérêt. De plus, le recours à plusieurs cas assure une réplification des phénomènes et de la théorie (Yin, 2018).

Afin de circonscrire les variables à l'étude, un modèle de référence a été élaboré à partir du modèle *VIDDA syndemic* de Mendenhall (2016), illustrant les dynamiques complexes entre la violence, l'immigration, le trouble dépressif, le diabète et les situations d'abus. Le modèle théorique des déterminants sociaux de la santé et de la COVID-19 de Caron et Adegboye (2021) a également été utilisé, car celui-ci illustre clairement les interactions bidirectionnelles entre la problématique de santé (Covid-19) et les déterminants sociaux de la santé. La [figure 3.4](#) illustre le modèle de référence créé pour cet objectif de thèse.

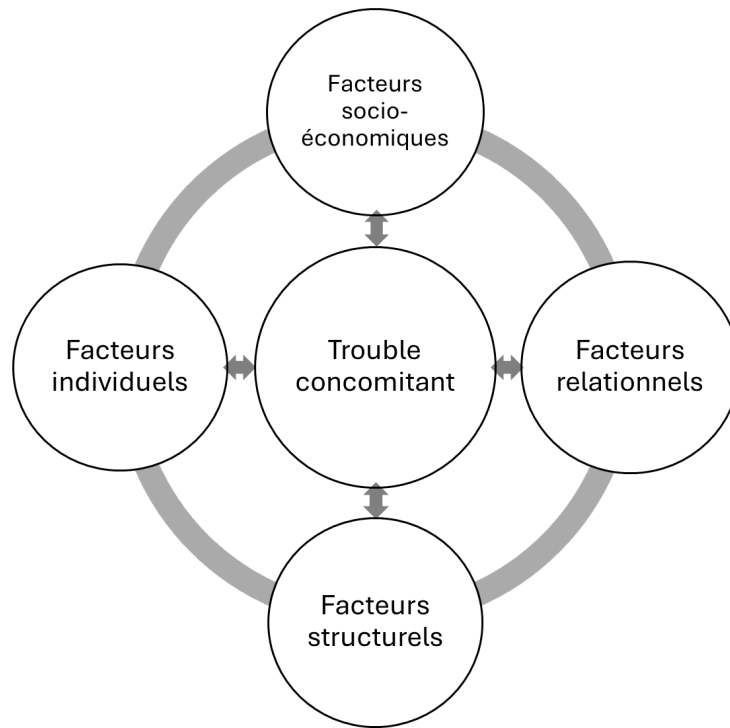


Figure 3.4. – Modèle de référence des facteurs syndémiques du trouble concomitant

(Adapté de Caron et Adegboye, 2021; Mendenhall, 2016)

Le trouble concomitant, problématique majeure, se retrouve au centre. Tel que détaillé dans le deuxième chapitre de cette thèse ([section 2.3.3](#)), les facteurs syndémiques influencent l'évolution du trouble concomitant qui, à son tour, va engendrer un impact positif ou négatif sur ces facteurs syndémiques (flèches à double sens). Le cercle extérieur grisé illustre les liens entre ces différents facteurs, lesquels sont explicités dans le [tableau 3.2](#).

Tableau 3.2. – Définition et exemples de facteurs syndémiques du trouble concomitant

| Facteurs syndémiques | Définition   | Exemples   |
|----------------------|--|--|
| Individuels          | Facteurs spécifiques à la personne, modifiables ou non             | Problématiques de santé, antécédents médicaux, médication            |
| Socio-économiques    | Conditions sociales dans lesquelles la personne évolue             | Besoins financiers, logement, antécédents judiciaires, itinérance    |
| Relationnels         | Relations personnelles et familiales et facteurs liés à la famille | Réseau social, soutien familial, antécédents familiaux               |
| Structurels          | Facteurs liés aux services utilisés                                | Accès aux soins, médecin de famille, psychiatre, visites à l'urgence |

Une analyse de trois cas semblait appropriée et justifiable, permettant d'abord d'examiner le phénomène en profondeur par une exploration détaillée et approfondie de chaque cas (analyse intra-cas). Par la suite, une analyse inter-cas permet la comparaison des résultats entre les cas afin d'identifier les convergences et divergences, de comprendre les éléments distinctifs dans les schémas observés et enfin, d'obtenir une compréhension globale du phénomène étudié (Yin, 2018). Les cas ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné, c'est-à-dire sur la base de leur profil respectif qui illustre les quatre groupes de facteurs que l'on retrouve dans le modèle de référence. L'échantillonnage raisonné permet d'augmenter la variabilité de certaines caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le TSM et le TUS impliqués (Merriam et Tisdell, 2016).

Deux types d'analyses ont été utilisées, tels que décrites par Yin (2018), soient l'analyse de séries temporelles pour l'analyse intra-cas, ainsi qu'une analyse inter-cas. La création de lignes temporelles est une méthode permettant d'organiser visuellement des données narratives riches. Ces lignes temporelles sont généralement construites en mettant en évidence les événements marquants de la vie d'une personne dans un ordre chronologique (Patterson et al., 2012). Elles facilitent la visualisation et l'enchaînement des événements personnels et sont utiles pour la comparaison avec d'autres données ou pour situer un concept de recherche dans le contexte d'autres événements (Gramling et Carr, 2004). Pour chacun des trois cas, deux séries temporelles ont été créées. La première s'est concentrée sur les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne collectés entre 2011 et 2018. La deuxième illustre une portion plus spécifique de la première série

temporelle, en incluant les visites aux urgences effectuées sur une période de 12 mois et les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne demandés et reçus dans cette période. L'analyse de ces séries temporelles s'est concentrée sur la séquence des différents services demandés et/ou reçus (visites aux urgences, services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne) afin d'explorer les perspectives syndémiques possibles, les facteurs impliqués et leurs manifestations. Chaque cas a été analysé individuellement dans un premier temps (analyse intra-cas) et l'analyse inter-cas a ensuite été effectuée.

Enfin, plusieurs critères de rigueur propres à une étude de cas ont été respectés pour réaliser cet objectif (Yin, 2018) :

- Fiabilité : utilisation d'un protocole d'étude de cas (Yin, 2018), création d'une base de données;
- Validité interne : recours à des sources de données multiples et à la triangulation des données, utilisation de plusieurs méthodes d'analyse (séries temporelles, analyse inter-cas);
- Validité externe : Utilisation d'une logique de réplification d'analyses pour chaque cas (généralisation analytique), sélection de plusieurs cas, analyse inter-cas;
- Validité de construit : recours à des sources de données multiples et à la triangulation des données, utilisation d'un modèle de référence élaboré à partir de théories et modèles validés dans la littérature.

Le présent chapitre expose de manière exhaustive les différentes étapes franchies pour élaborer ce projet doctoral, recueillir les données et les analyser. Les trois objectifs de recherche de cette étude, avec l'utilisation de différentes analyses, ont permis l'obtention de multiples résultats. Tous ces résultats sont donc présentés dans les quatre prochains chapitres.



## Chapitre 4 – Résultats

Ce chapitre présente les résultats issus de l'analyse des données qui ne figurent pas dans les trois articles de thèse. Bien que les données socio-démographiques soient abordées dans les articles, elles sont reprises ici pour mieux contextualiser les résultats. La majorité des résultats sur les trajectoires de soins et les services sont détaillés dans les chapitres 5, 6 et 7. Afin d'approfondir la réflexion sur les résultats présentés, une courte discussion conclue le présent chapitre. Les résultats présentés dans les articles feront l'objet de discussions approfondies dans les chapitres correspondants.

### 4.1 Données socio-démographiques et médicales

Le [tableau 4.1](#) présente les données socio-démographiques et certaines données médicales de l'échantillon (n = 150). Celui-ci comprend 58 femmes (39 %) et 92 hommes (61 %) dont les âges varient entre 18 et 86 ans, avec un âge moyen de 46 ans. Un total de 13 personnes (8,7 %) étaient dans une situation d'itinérance. La majorité avaient accès à un médecin de famille (72 %) ou à un psychiatre (53,3 %) et environ le tiers (35,3 %) avaient accès aux deux professionnels. Cependant, pour 15 personnes (10 %), il n'y avait aucune mention de la présence d'un médecin de famille ou d'un psychiatre dans leur dossier. De plus, 12 personnes (8 %) présentaient des antécédents de tentatives de suicide.

Tableau 4.1 - Caractéristiques socio-démographiques et médicales de la population étudiée  
(n = 150)

| Caractéristiques                  | n (%)       |
|-----------------------------------|-------------|
| <b>Âge</b>                        |             |
| Moy ± ÉT                          | 46,1 ± 14,5 |
| <b>Sexe</b>                       |             |
| Homme                             | 92 (61,3)   |
| Femme                             | 58 (38,7)   |
| Situation d'itinérance            | 13 (8,7)    |
| Antécédents tentatives de suicide | 12 (8)      |
| <b>Accès à un médecin</b>         |             |
| Médecin de famille                | 108 (72)    |
| Psychiatre                        | 80 (53,3)   |
| Les deux                          | 53 (35,3)   |
| Aucun                             | 15 (10)     |
| <b>TSM<sup>a</sup></b>            |             |
| Trouble dépressif                 | 51 (34)     |
| Trouble anxieux                   | 38 (25,3)   |
| Trouble de la personnalité        | 34 (22,7)   |
| Schizophrénie                     | 31 (20,7)   |
| Trouble bipolaire                 | 27 (18)     |
| Troubles psychotiques             | 20 (13,3)   |
| Trouble de la personnalité limite | 17 (11,3)   |
| TSM non spécifié                  | 7 (4,7)     |
| Trouble dépressif non spécifié    | 4 (2,7)     |
| <b>TUS<sup>b</sup></b>            |             |
| Alcool                            | 77 (51,3)   |
| Cannabis                          | 36 (24)     |
| Polyconsommation <sup>c</sup>     | 29 (19,3)   |
| Amphétamines                      | 26 (17,3)   |
| Autres dépresseurs <sup>d</sup>   | 20 (13,3)   |
| Cocaine/stimulants <sup>f</sup>   | 9 (6)       |

<sup>a</sup>TSM = trouble de santé mentale; <sup>b</sup>TUS = trouble d'usage de substances; <sup>c</sup>Polyconsommation = au moins trois substances consommées simultanément ou en alternance sur une courte période; <sup>d</sup>Benzodiazépines, opioïdes, héroïne; <sup>e</sup>Cocaïne, crack, ecstasy, corticoïdes.

Les fréquences des TSM et TUS sont aussi présentées dans le [tableau 4.1](#). Il est à noter qu'une personne présentait un diagnostic de caféinisme (plus de 30 tasses de café consommées par jour), mais ce diagnostic n'a pas été inclus dans l'étude, considérant sa faible prévalence dans la population. La consommation de tabac était élevée dans l'échantillon avec une proportion de 86,8 %, mais, tel que mentionné dans le chapitre 3, le TUS lié au tabac a été exclu des diagnostics primaires, considérant sa forte prévalence dans la population ciblée (Castaldelli-Maia et al., 2021). La proportion de chaque TSM et chaque TUS a aussi été calculée en fonction du sexe biologique. Les tableaux [4.2](#) et [4.3](#) illustrent ces résultats.

Tableau 4.2 - Fréquence des troubles de santé mentale selon le sexe biologique (n = 150)

| TSM                            | Féminin   | Masculin  | n (%)     |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|
|                                | 58 (38,7) | 92 (61,3) |           |
| Troubles dépressifs            | 20 (39,2) | 31 (60,8) | 51 (34)   |
| Troubles anxieux               | 16 (42,1) | 22 (57,9) | 38 (25,3) |
| Troubles de personnalité       | 12 (35,3) | 22 (64,7) | 34 (22,7) |
| Schizophrénie                  | 6 (19,4)  | 25 (80,6) | 31 (20,7) |
| Trouble bipolaire              | 11 (40,7) | 16 (59,3) | 27 (18)   |
| Troubles psychotiques          | 9 (45,0)  | 11 (55,0) | 20 (13,3) |
| Trouble de personnalité limite | 16 (94,1) | 1 (5,9)   | 17 (11,3) |
| TSM non spécifié               | 3 (42,9)  | 4 (57,1)  | 7 (4,7)   |
| Trouble dépressif non spécifié | 2 (50,0)  | 2 (50,0)  | 4 (2,7)   |
| Deux TSM                       | 29 (47,5) | 32 (52,5) | 61 (40,7) |
| Trois TSM et plus              | 5 (55,6)  | 4 (44,4)  | 9 (6,0)   |

Tableau 4.3. - Fréquence des TUS selon le sexe biologique (n = 150)

| TUS                           | Féminin<br>58 (38,7) | Masculin<br>92 (61,3) | n (%)     |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------|
| Alcool                        | 27 (35,1)            | 50 (64,9)             | 77 (51,3) |
| Cannabis                      | 12 (33,3)            | 24 (66,7)             | 36 (24)   |
| Polyconsommation <sup>a</sup> | 9 (31,0)             | 20 (69,0)             | 29 (19,3) |
| Amphétamines                  | 12 (46,2)            | 14 (53,8)             | 26 (17,3) |
| Dépresseurs                   | 14 (70,0)            | 6 (30,0)              | 20 (13,3) |
| Cocaïne/stimulants            | 4 (44,4)             | 5 (55,6)              | 9 (6)     |
| Deux TUS                      | 20 (42,6)            | 27 (57,4)             | 47 (31,3) |

<sup>a</sup> Polyconsommation = Au moins trois substances consommées simultanément ou à des intervalles rapprochés

#### 4.1.1 Antécédents médicaux physiques

Les antécédents médicaux physiques ont été classés par système physique ([tableau 4.4](#)). Les troubles cardiovasculaires (32 %) et respiratoires (28 %) ont les fréquences les plus élevées. Environ un quart de l'échantillon (26,7 %) ne présentait aucun antécédent médical physique. Plusieurs personnes avaient des antécédents affectant plus d'un système, notamment 16 % ayant entre trois et cinq antécédents médicaux physiques.

Tableau 4.4. – Antécédents médicaux physiques (n = 150)

| Antécédents médicaux             | n (%)      |
|----------------------------------|------------|
| Cardio-vasculaire                | 48 (32,0)  |
| Pneumologie                      | 42 (28,0)  |
| Aucun antécédent                 | 40 (26,7)  |
| Endocrinologie                   | 25 (16,7)  |
| Gastro-entérologie               | 17 (11,3)  |
| Neurologie                       | 15 (10,0)  |
| Musculo-articulaire              | 11 (7,3)   |
| Douleurs chroniques <sup>a</sup> | 7 (4,7)    |
| Autres <sup>b</sup>              | 6 (4,0)    |
| Infectiologie                    | 5 (3,3)    |
| Ophthalmo/ORL                    | 5 (3,3)    |
| Dermatologie                     | 4 (2,7)    |
| Néphrologie                      | 4 (2,7)    |
| Hémato-oncologie                 | 3 (2,0)    |
| Orthopédie                       | 3 (2,0)    |
| Urologie                         | 3 (2,0)    |
| Rhumatologie                     | 2 (1,3)    |
| Troubles cognitifs <sup>c</sup>  | 2 (1,3)    |
| <b>Total</b>                     | <b>242</b> |

<sup>a</sup>Douleurs chroniques = ne concernent pas un système physique en particulier; <sup>b</sup>Autres = troubles gynécologiques, troubles immunologiques et malaises non spécifiés; <sup>c</sup>Troubles cognitifs = symptômes tels que troubles d'élocution et difficultés de concentration, mais n'étant pas inscrits comme un diagnostic primaire

#### 4.1.2 Médication prescrite

Les catégories de médicaments psychiatriques prescrits se trouvent dans le [tableau 4.5](#). Les médicaments les plus fréquemment prescrits étaient les antipsychotiques (74,7 %), les antidépresseurs (60,7 %) et les anxiolytiques (56,7 %). Les résultats indiquent que 80 % des personnes avaient au moins deux médicaments prescrits, 38 % en avaient trois et 12 % en avaient quatre. Une personne n'avait aucune médication psychiatrique inscrite à son dossier.

Tableau 4.5. – Médication prescrite (n = 150)

| Médication        | n (%)      |
|-------------------|------------|
| Antipsychotiques  | 112 (74,7) |
| Antidépresseurs   | 91 (60,7)  |
| Anxiolytiques     | 85 (56,7)  |
| Anticonvulsivants | 31 (20,7)  |
| Aide au sevrage   | 26 (17,3)  |
| Normothymiques    | 10 (6,7)   |
| Psychostimulants  | 3 (2)      |
| Antiparkinsoniens | 2 (1,3)    |
| Aucune            | 1 (0,7)    |
| <b>Total</b>      | <b>361</b> |

## 4.2 Nombre de visites à l'urgence et triage

Cette section inclut le nombre de visites à l'urgence ainsi que la période impliquant le triage.

### 4.2.1 Nombre de visites aux services d'urgence

La [figure 4.1](#) présente le nombre total de visites effectuées aux urgences, toutes raisons confondues (incluant les TSM et les TUS) ainsi que les visites liées seulement à une problématique de TSM ou de TUS. Un total de 701 visites a été réalisé dans les services d'urgence et 41,3 % de l'échantillon ont effectué au moins quatre visites annuelles, toutes raisons confondues. Parmi les 701 visites, 68 % étaient liées à une problématique de nature mentale (basé sur le diagnostic émis lors de l'évaluation médicale à l'urgence).

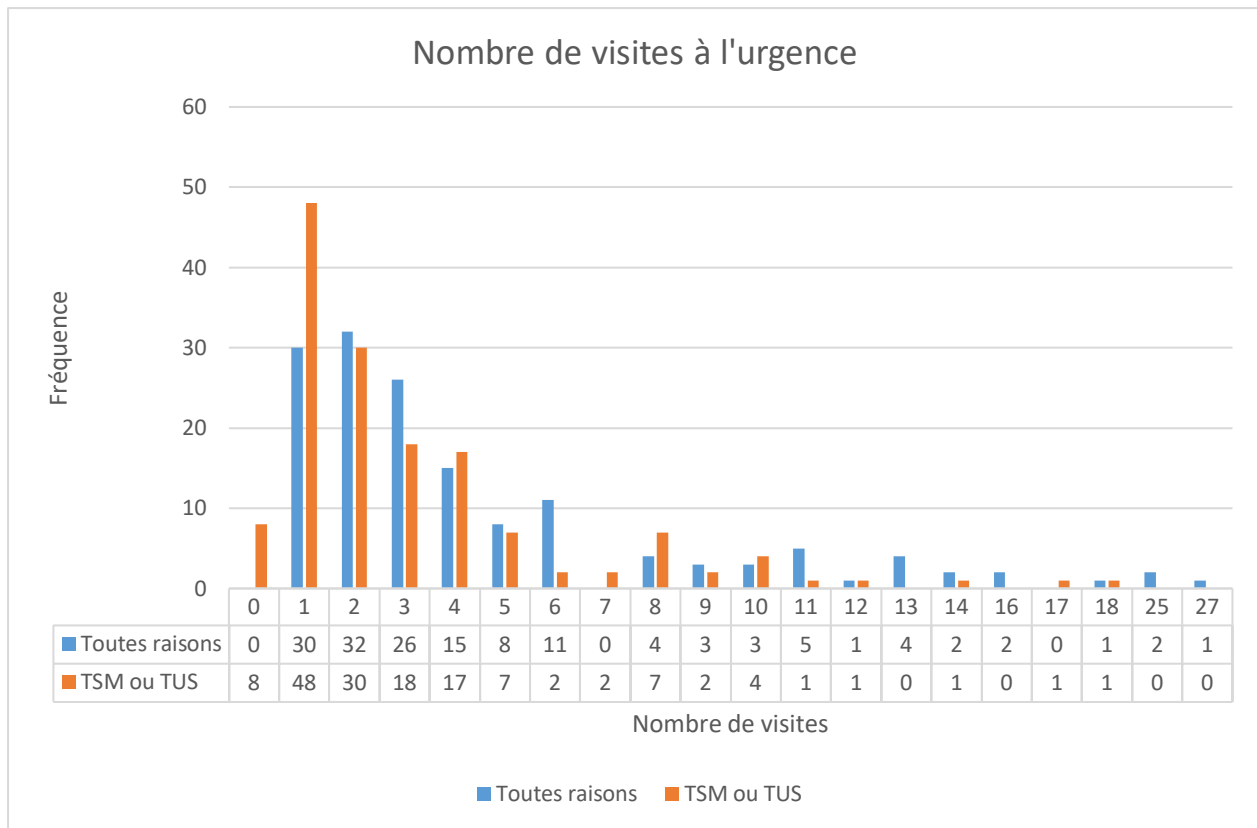


Figure 4.1. - Nombre de visites à l'urgence (n = 701)

#### 4.2.2 Raisons de consultation à l'urgence

Les raisons de consultation de chaque visite ont été scindées en deux catégories, soient les raisons liées à une problématique de nature physique ou mentale ([tableau 4.6](#)). Les cinq raisons de consultation les plus fréquentes sont toutes liées à une problématique de nature mentale. Pour certaines visites, les raisons de consultation notées au triage se révélaient différentes du diagnostic médical émis au congé (28,4 %). Par exemple, une personne s'est présentée à l'urgence pour une douleur à la poitrine et après l'évaluation médicale, le diagnostic s'est orienté vers un trouble anxieux.

Tableau 4.6 - Raisons de consultation (n = 701)

| Raison de consultation<br>(nature mentale) | n (%)        | Raison de consultation<br>(nature physique) | n (%)      |
|--|--------------|---|------------|
| Idées suicidaires                          | 117 (16,7 %) | Douleur                                     | 37 (5,3 %) |
| Délire/hallucinations                      | 62 (8,8 %)   | Trauma/blessure                             | 32 (4,6 %) |
| Agitation/trouble comportement             | 48 (6,8 %)   | Gastro-entérologie                          | 23 (3,3 %) |
| Symptômes anxieux                          | 47 (6,7 %)   | Pneumologie                                 | 22 (3,1 %) |
| Intoxication alcool                        | 47 (6,7%)    | Neurologie                                  | 18 (2,6 %) |
| Symptômes psychotiques                     | 40 (5,7 %)   | Non défini                                  | 11 (1,6 %) |
| Tentative suicide                          | 36 (5,1 %)   | Cardio-vasculaire                           | 8 (1,1 %)  |
| Intoxication drogues                       | 34 (4,9 %)   | Faiblesse/fatigue                           | 8 (1,1 %)  |
| Non défini                                 | 26 (3,7 %)   | Ophthlmo/ORL                                | 7 (1 %)    |
| Symptômes dépressifs                       | 17 (2,4 %)   | Urologie                                    | 6 (0,9 %)  |
| Symptômes sevrage alcool                   | 12 (1,7 %)   | Gynécologie                                 | 5 (0,7 %)  |
| Confusion                                  | 7 (1 %)      | Formulaire médical                          | 4 (0,6 %)  |
| Symptômes schizophrénie                    | 6 (0,9 %)    | Dermatologie                                | 2 (0,3 %)  |
| Symptômes sevrage drogue                   | 4 (0,6 %)    | Endocrinologie                              | 2 (0,3 %)  |
| Automutilation                             | 3 (0,4 %)    | Orthopédie                                  | 2 (0,3 %)  |
| Symptômes trouble humeur                   | 3 (0,4 %)    | Revient pour examen                         | 2 (0,3 %)  |
|  |              | Infectiologie                               | 1 (0,1 %)  |
|  |              | Musculo-articulaire                         | 1 (0,1 %)  |
|  |              | Réaction allergique                         | 1 (0,1 %)  |
| <b>Total</b>                               | <b>509</b>   | <b>Total</b>                                | <b>192</b> |

### 4.2.3 Heures de triage

La [figure 4.2](#) illustre le nombre de visites selon l'heure à laquelle le triage a été effectué ainsi que par quart de travail. Les trois quarts de travail sont divisés comme suit : 00 h à 7 h 59 pour le quart de nuit, 8 h à 15 h 59 pour le quart de jour et 16 h à 23 h 59 pour le quart de soir. La majorité des personnes ont visité les services d'urgence entre 9 h et 21 h 59 avec des pics d'affluence entre 15 h et 20 h 59.

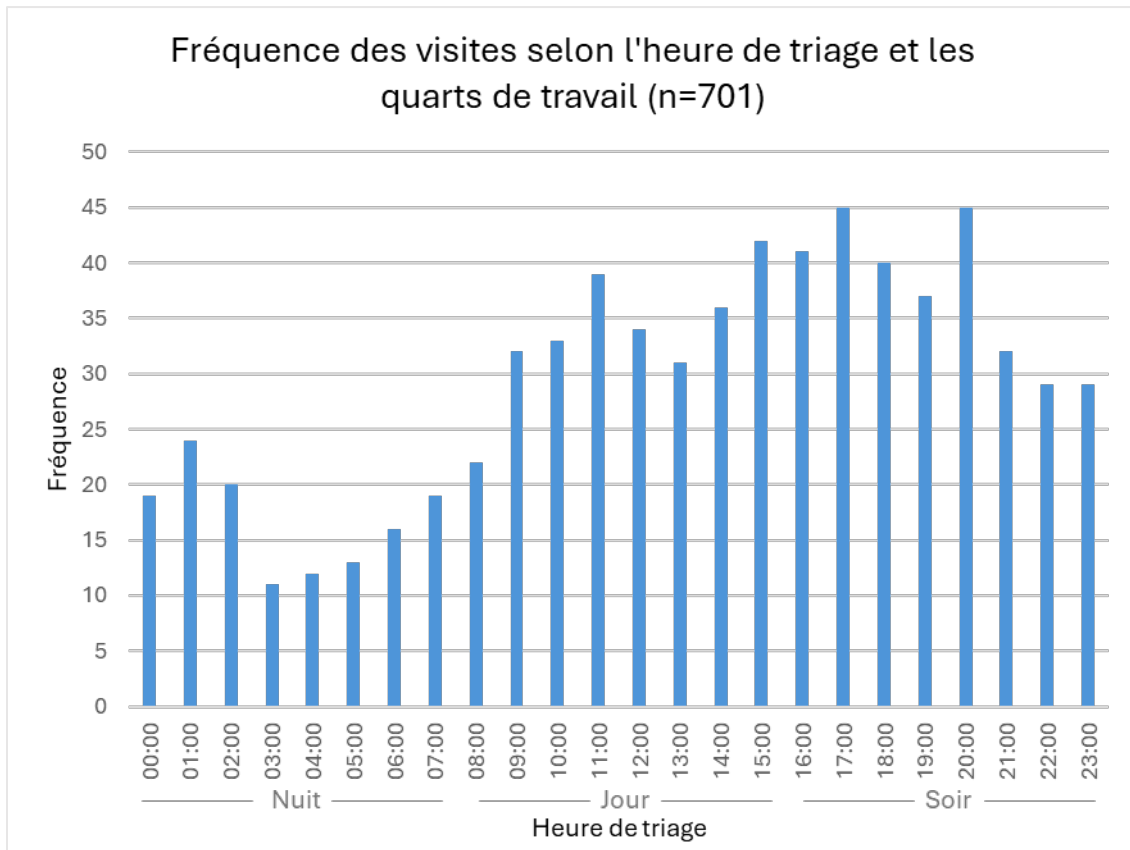


Figure 4.2. - Fréquence des visites selon l'heure de triage et les quarts de travail (n = 701)

#### 4.2.4 Consultations en psychiatrie selon le quart de travail

En retirant les visites pour lesquelles des soins physiques étaient nécessaires dans l'immédiat (P1) ou dans un délai de moins de 15 minutes (P2), la [figure 4.3](#) présente la fréquence des visites pour lesquelles une consultation en psychiatrie a eu lieu ainsi que l'heure de réalisation de celles-ci et le quart de travail associé.

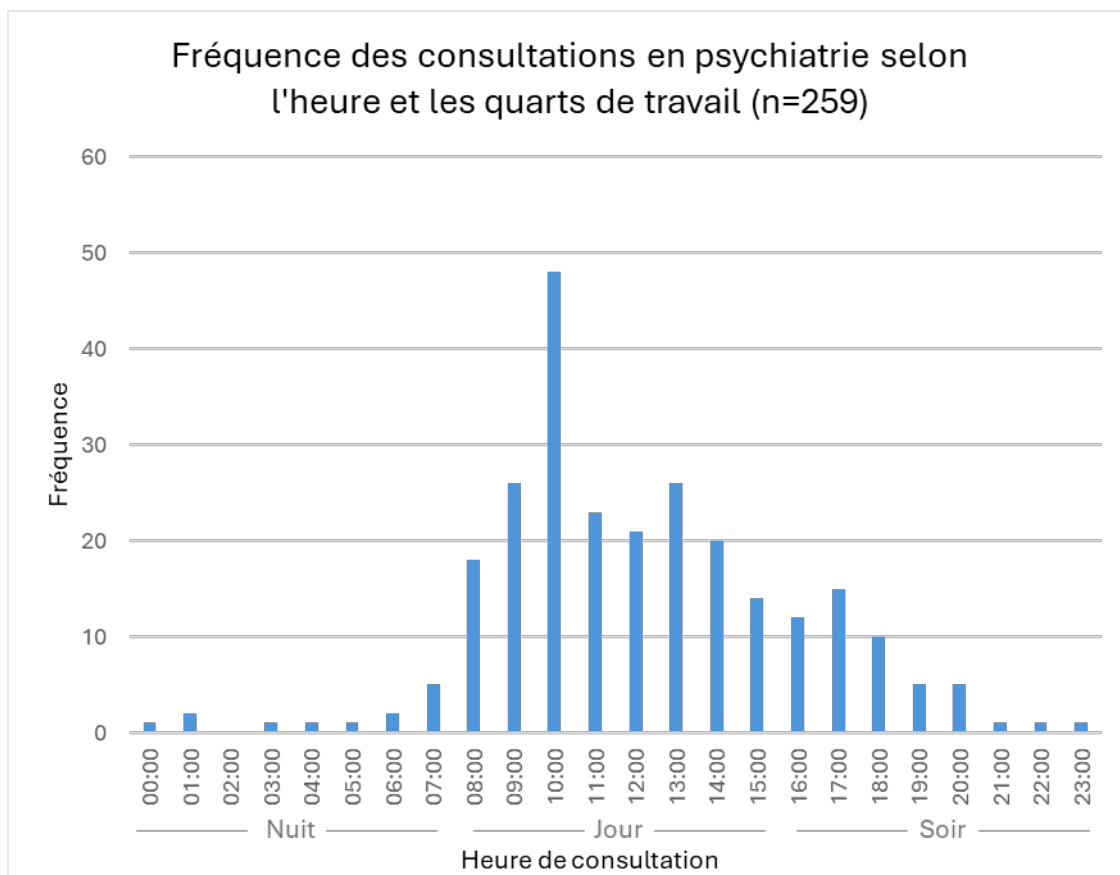


Figure 4.3. - Fréquence des consultations en psychiatrie selon l'heure et les quarts de travail (n = 259)

#### 4.2.5 Départs avant l'évaluation médicale et taux de réadmission

Le [tableau 4.7](#) illustre la proportion de départs avant l'évaluation médicale et les taux de réadmission. Concernant le taux de réadmission, il faut mentionner que le délai de réadmission après la dernière visite collectée dans chaque dossier médical n'a pas été répertorié. Le total des visites utilisé pour le calcul du taux de réadmission est donc de 551 visites.

Tableau 4.7 – Départs avant évaluation médicale et taux de réadmission à l’urgence

| Caractéristiques                           | n (%)      |
|--|------------|
| Départ avant évaluation médicale (n = 701) |            |
| Oui  | 70 (10)    |
| Non  | 631 (90)   |
| Taux de réadmission (n = 551)              |            |
| Entre 0 et 7 jours                         | 190 (34,5) |
| Entre 8 et 30 jours                        | 167 (30,3) |
| Entre 31 et 60 jours                       | 67 (12,2)  |

### 4.3 Délais d’attente et durées moyennes de séjour

Cette section inclut les différents délais d’attente rencontrés pour accéder aux services à l’urgence ainsi que les durées moyennes de séjour selon l’endroit assigné.

#### 4.3.1 Délais d’attente pour l’évaluation médicale et la consultation en psychiatrie

Les délais d’attente pour l’évaluation médicale (délai entre le triage et l’évaluation par l’urgentologue) et la consultation en psychiatrie (délai entre la demande effectuée par l’urgentologue et la réalisation de la consultation) sont présentés dans le [tableau 4.8](#).

Tableau 4.8. - Délais d’attente pour l’évaluation médicale et la consultation en psychiatrie

|                                       | Moyenne (heure) | Écart-type | Médiane (heure) | Durée minimale (heure) | Durée maximale (heure) |
|---------------------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------------------|------------------------|
| Évaluation médicale (n = 477)         | 3,21            | 3,84       | 1,00            | 0                      | 18                     |
| Consultation en psychiatrie (n = 335) | 9,76            | 8,06       | 9               | 0                      | 72                     |

### 4.3.2 Durées moyennes de séjour

Les durées moyennes de séjour, définies par la durée entre le triage jusqu'au congé de l'urgence ou de l'unité de soins (si hospitalisation) sont présentées dans le [tableau 4.9](#). Les durées moyennes de séjour pour l'urgence incluent les personnes qui sont retournées directement à domicile, installées sur civière pour observation ou installées à l'unité de psychiatrie de l'urgence. Concernant l'hospitalisation, le délai d'attente entre le moment où la demande d'hospitalisation a été réalisée et le moment où la personne est arrivée sur l'unité de soins est d'environ six heures.

Tableau 4.9. - Durées moyennes de séjour aux services d'urgence et en période d'hospitalisation

|   | n (%) | Moyenne (jours) | Écart-type | Médiane | Durée minimale | Durée maximale |
|---|-------|-----------------|------------|---------|----------------|----------------|
| Santé mentale avec consultation psychiatrie | 92    | 0,77            | 0,48       | 0,75    | 0,25           | 2              |
| Santé mentale sans consultation psychiatrie | 107   | 0,40            | 0,22       | 0,25    | 0,25           | 1              |
| Santé physique                              | 98    | 0,37            | 0,26       | 0,25    | 0,25           | 2              |
| Santé mentale avec hospitalisation          | 223   | 10,83           | 11,89      | 7       | 1              | 89             |

## 4.4 Discussion des résultats du présent chapitre

Considérant que les résultats liés aux données socio-démographiques et certaines données médicales sont discutés dans les articles de thèse, ils ne seront pas explicités dans cette section. Une grande proportion de l'échantillon présentait plus d'un TSM (48 %) et plus d'un TUS (51 %) simultanément. Les combinaisons de TSM et de TUS formant le trouble concomitant étaient variées, le trouble dépressif (34 %) et le TUS lié à l'alcool (51,3 %) étant les plus fréquents. Nos résultats sont similaires à ceux d'une analyse internationale incluant 29 pays, dans laquelle le TSM et le TUS les plus fréquents sont le trouble dépressif et le TUS lié à l'alcool (McGrath et al., 2023). Les antécédents médicaux physiques les plus fréquents de notre étude sont aussi similaires à la littérature (Gomez et al., 2023) ainsi que les schémas de prescription de la médication psychiatrique (Tennant et al., 2023).

Concernant les visites à l'urgence, les personnes présentant un trouble concomitant sont considérées comme de fréquents utilisateurs des services d'urgence (Armoon et al., 2023; Graham et al., 2017; Hensel et al., 2016; Orisatoki et al., 2017). Nos résultats soutiennent ce fait par la proportion de personnes ayant effectué au moins quatre visites annuelles à l'urgence (41,3 %) et le taux de réadmission moins de sept jours après le congé de l'urgence (34,5 %). La raison de consultation la plus fréquente était la présence d'idées suicidaires et 10 % de l'échantillon avait quitté l'urgence avant d'avoir été évalué par l'urgentologue. Ces résultats sont similaires à ceux de Higgins et al. (2024).

L'analyse des heures de triage, des délais de prise en charge par l'urgentologue et des heures de réalisation des consultations psychiatriques met en évidence des lacunes susceptibles de restreindre l'accès aux soins et l'efficacité de la prise en charge ainsi qu'influencer les durées moyennes de séjour à l'urgence. La période d'affluence où les personnes se sont présentées à l'urgence se situe entre 15 h et 20 h 59. Le délai d'attente moyen pour l'évaluation de l'urgentologue était de 3,25 heures. Ainsi, une personne se présentant à l'urgence vers 17 h aurait alors reçu sa consultation en psychiatrie vers 20 h 30. Or, selon nos résultats, la majorité des consultations psychiatriques ont eu lieu entre 8 h et 14 h 59. Par conséquent, la personne se présentant en dehors des heures de présence du psychiatre a probablement attendu minimalement jusqu'au lendemain matin avant d'obtenir une consultation. Cette situation a été observée dans plus de 52,7 % des visites applicables (n = 237), en excluant les personnes s'étant présentées en état d'intoxication à une substance ou avec des symptômes de délirium liés à la consommation pour lesquelles la consultation psychiatrique a dû être retardée jusqu'à une certaine stabilisation de l'état de la personne. Cette affluence en fin de journée pourrait s'expliquer par la fermeture, habituellement vers 16 h, de la majorité des services en santé mentale et en dépendance, y compris les ressources communautaires et les services de 1<sup>e</sup> ligne (Dion et al., 2024), ne laissant comme seule option accessible que les services d'urgence. Il est également possible que les symptômes d'anxiété et les idées suicidaires, par exemple, soient exacerbés en soirée, conduisant la personne à se présenter à l'urgence à des heures plus tardives (Bradford et al., 2021). Une possibilité d'amélioration serait d'élargir les plages horaires de travail

des psychiatres, au-delà du quart de travail habituel, qui est habituellement entre 8 h et 16 h. Cependant, de nombreux postes de psychiatres sont vacants dans les établissements publics de santé et services sociaux, restreignant cette possibilité (MSSS, 2023a). Le recours à des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM), formées pour évaluer et diagnostiquer les TSM et les TUS (à l'exclusion de la déficience intellectuelle), constituerait une alternative prometteuse (MSSS, 2023a).

Les résultats présentés dans les pages précédentes permettent d'avoir une vue préliminaire de la population étudiée et de certaines caractéristiques des visites à l'urgence. Ces résultats seront combinés, dans la discussion intégrée (chapitre 8), aux résultats insérés dans les trois articles de thèse, présentés dans les prochains chapitres. Le chapitre 5 présente le premier article intitulé *Emergency Department Visits of Individuals with Dual Disorders: An Exploratory Care Pathways Analysis*, soumis dans la revue *Advances in Mental Health* en décembre 2024. Le chapitre 6 est consacré au deuxième article de la thèse, celui-ci ayant été publié dans la revue *Discover Health Systems* en novembre 2024 et intitulé *Ensuring Continuity of Care for Dual Disorder: Overview of Outpatient Services After Emergency Department Discharge*. Le troisième article constitue le chapitre 7 et a été publié dans la revue *Drogues, santé et société* en décembre 2025. Il s'intitule *Le trouble concomitant selon une perspective syndémique : une étude de cas multiples*.

# Chapitre 5 – Article 1

## Emergency Department Visits of Individuals with Dual Disorders: An Exploratory Care Pathway Analysis

**Author names:** Isabelle St-Pierre, PhD (c)<sup>a,b,c\*</sup>, Johana Monthuy-Blanc, PhD<sup>c,d</sup>, and Liette St-Pierre, PhD<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Department of Nursing Sciences, Université du Québec en Outaouais, 5, Rue St-Joseph, Saint-Jérôme, QC, J7Z 0B7, Canada;

<sup>b</sup>Chaire IRISS, (Interdisciplinary Research and Health Services Intervention Chair), Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, Boulevard des Forges, Trois-Rivières, QC, G8Z 4M3, Canada;

<sup>c</sup>Research Unity Loricorps, Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, (CR-IUSMM), 7331, Rue Hochelaga, Montréal, QC, H1N 3V2, Canada;

<sup>d</sup>Department of Education Sciences, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, Boulevard des Forges, Trois-Rivières, QC G8Z 4M3, Canada.

\*Corresponding author : Université du Québec en Outaouais, Department of Nursing Sciences, Saint-Jérôme Campus, 5 Rue St-Joseph, Saint-Jérôme, Québec, Canada, J7Z 0B7; phone: +1-819-450-530-7616 ext 2305; E-mail: Isabelle.A.St-Pierre@uqo.ca

 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9792-3471>

## **Funding**

This work was supported by the Chaire IRISS and by a doctoral grant from Ministère de l'enseignement supérieur du Québec (MES-Universités) and Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) (I.S.-P. and L.S.-P.). This research was also supported by the settlement fund of the Foundation of the Montreal University Institute of Mental Health of Montreal affiliated with the Research Centre of the Montreal University Institute of Mental Health, 2021–2025 (J.M.-B.). There was no additional external funding received for this study, and the authors received no specific funding for this work. All the funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

## **Abstract**

**Objective:** To describe the emergency department care pathways of individuals with dual disorder and the services provided.

**Methods:** This retrospective cross-sectional descriptive study took place in four emergency department settings in the province of Québec, Canada. Data from emergency department visits between May 2015 and April 2016 were collected from 150 medical records of adults with dual disorders. Multiple correspondence analysis and hierarchical cluster analysis were performed.

**Results:** Five care pathways were identified, based on diagnoses at emergency department discharge: 1) critical condition pathway (suicide attempt), 2) hidden substance use disorder pathway (psychotic disorder/agitation and depressive episode/suicidal ideation), 3) non-urgent needs pathway (anxiety episode), 4) integrated-viewed pathway (depressive episode/suicidal ideation), and 5) not mental health-like pathway (substance intoxication/withdrawal symptoms). The second and fourth care pathways are more likely, and the third and fifth care pathways are less likely to receive interventions and services.

**Discussion:** The emergency department care pathways of individuals with dual disorder display variations in interventions and services provided at hospital discharge, based on specific needs and diagnoses at hospital discharge. These care pathways also reveal gaps that hinder the delivery of optimal services and continuity of care. Potential improvements are discussed.

### **Keywords:**

Co-occurring disorder, mental health disorder, substance use disorder, multiple correspondence analysis, addiction liaison nurse, mental health liaison nurse

## **Introduction**

### **Overview of dual disorder**

The co-occurrence of mental health disorders (MHD) and substance use disorders (SUD), collectively referred to as dual disorders, has long been a significant concern (Pepper et al., 1981). In Canada, an estimated 20% of the population experiences MHD (Statistics Canada, 2019), and up to 50% of these individuals are also affected by concurrent SUD (Khan, 2017). According to the US Department of Health's Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 7.6% of Americans were affected by dual disorders in 2021 (SAMHSA, 2022), a significant increase from 6.7% in 2020 (SAMHSA, 2021) and 3.8% in 2019 (SAMHSA, 2020). Individuals with dual disorders have heterogeneous and complex needs (Hakobyan et al., 2020). Compared to those living with only MHD or SUD, individuals with dual disorders are more likely to report poor physical health (50% vs. 41% for MHD and 20% for SUD) (Fleury et al., 2015) and higher levels of psychological distress (91% vs. 79% for MHD and 34% for SUD) (Khan, 2017). They also experience significant bio-psycho-social challenges, including suicidal behavior (Armoon et al., 2021; Fleury et al., 2022a), social isolation (Huynh et al., 2016), financial instability (Khan, 2017), homelessness (Huynh et al., 2016), and history of incarceration (Jegade et al., 2022).

### **Dual Disorders: Emergency Department Visits and Associated Costs**

Mainly because of fragmented mental health and addiction services within healthcare systems, the needs of individuals with dual disorders are often not adequately met by specialized services (Hakobyan et al., 2020). Consequently, these individuals turn to other resources, including community health services, primary healthcare, and the emergency departments (ED) (Armoon et al., 2023; Graham et al., 2017; Hensel et al., 2016). Individuals with dual disorders are often classified as heavy users of ED services (Armoon et al., 2023; Hensel et al., 2016). According to Lavergne et al. (2022a), ED visits have increased since 2010, with the largest rises seen among individuals presenting with SUDs or anxiety disorders. Compared to those living with one disorder only, individuals with dual disorders are two to three times more likely to visit the ED (Fleury et al., 2019a). In addition to high readmission rates (Fleury et al., 2019a), Morris et al. (2018) found that 90% of returning patients were

readmitted for complaints that were either identical or related to those from previous visits. Following ED discharge, the transition to primary care services is often disrupted, resulting in gaps in follow-up and continuity of care (Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2016; Lavergne et al., 2022a; St-Pierre & St-Pierre, 2024). While individuals with dual disorders represent a relatively small portion of the population, they consume a significant share of healthcare resources. In 2011, the top 5% of patients who used the most healthcare services were responsible for 56% of the total healthcare costs (Hensel et al., 2016). Additionally, in 2012, the average annual cost of healthcare services per individual, covering all services billed by Canadian provincial and territorial healthcare systems, was \$5,100 CAD for those with MHD, \$6,500 CAD for those with SUD, and \$10,900 CAD for those with dual disorders (Graham et al., 2017).

It is well recognized that the primary function of ED services is to assess and stabilize acute physical or psychiatric issues (Chochinov et al., 2023). However, in general hospitals without specialized psychiatric services, a high number of ED visits and readmissions are associated with dual disorders (Graham et al., 2017). This situation highlights the necessity of re-evaluating current assessment and care protocols in EDs and emphasizes the need to prioritize research aimed at improving these processes (MSSS, 2023). A recent performance audit conducted in EDs in the province of Quebec, Canada, revealed that obtaining comprehensive clinical information throughout the continuum of care, especially in EDs, is currently not feasible. This results in suboptimal patient care, including medical discharges without adequate follow-up plans (MSSS, 2023). These findings emphasize the importance of further studies on ED's care and transitions to other services, with recommendations calling for more consistent data collection and dissemination, particularly within EDs.

### **Care Pathways: A Key Tool for Identifying and Addressing Service Gaps**

Care pathways outline how care and services are coordinated and delivered within a specific setting, such as the ED, providing a comprehensive overview of the patient's journey over a well-defined period (Schrijvers et al., 2012). They also offer insight into transitions and communication between ED services and other healthcare resources. Rather than following a

straightforward, linear process, care pathways involve multiple interventions from various components that may occur sequentially or overlap, based on individual needs (Sather et al., 2022). More importantly, the primary goal of care pathways is to enhance the quality of care and improve patient satisfaction by tailoring services to individual needs while optimizing resource utilization (Schrijvers et al., 2012). Consequently, care pathways serve as valuable tools for assessing the performance of services provided to individuals with dual disorders, reducing fragmentation, and identifying potential gaps that hinder the timely and appropriate delivery of care (Adeyemi et al., 2013; Sather et al., 2022).

### **Care Pathways and Dual Disorder**

To our knowledge, the care pathways of individuals with dual disorders using ED services have been minimally studied. No quantitative studies, and only two qualitative ones, were identified that explored these concepts. The first qualitative study focused on care experiences, including assessment and treatment, as well as the transition and referral pathway of young people aged 12-24 with dual disorders from the ED to mental health youth services (Glowacki et al., 2022). The main findings revealed overlong waiting times at the ED, limited knowledge among health professionals about dual disorder assessment, screening, and referral, especially regarding substance use, and inadequate communication between the ED and other services or during the referral process. The second study described a patient's journey through an ED (Willmann, 2020). That case study found that the patient had a dual disorder and was previously known to social and mental health services, but information about his medical history was not available and no social services assessments appeared to have been conducted. In addition, the presence of substance withdrawal symptoms was not detected, and a lack of communication between the ED staff and mental health and addiction liaison teams was also identified. These two studies provide valuable information about issues in communication and continuity of care between the ED and other services, as well as in the SUD assessment. However, their findings do not provide generalizable data and specific information about the sequence of services and interventions provided at the ED. Moreover, these studies were conducted with a youth sample and only one adult. Considering the heterogeneity of the population with dual disorders and based on other care pathway studies involving individuals with MHD or SUD (Miele et al., 2023; Roberge et al., 2024), a single

uniform care pathway for individuals with dual disorders is unlikely. Therefore, the main objective of this study is to describe the different ED care pathways of individuals with dual disorder and the services provided.

## **Material and methods**

A retrospective cross-sectional study was conducted using medical record databases from four general EDs in Québec, Canada. These EDs provided psychiatric services, with a psychiatrist on call during business hours, except for emergencies. Each ED served a designated service area responsible for providing healthcare services to its population. One ED was located in a large urban area with over 182,000 residents, while the three others were in semi-urban areas with populations ranging from 95,000 to 113,000 residents. Together, these four areas covered a region of 17,000 square kilometers. Multiple Correspondence Analysis (MCA), a quantitative exploratory method, was chosen as it effectively manages and represents relationships within large datasets and can reveal unexpected relationships between variables, aligning with the tradition of exploratory data analysis.

### **Sample selection**

The sample comprised adults (18 years or older) diagnosed with both a MHD according to the DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) and a recorded SUD, with at least one ED visit between May 1, 2015, and April 30, 2016 (12-month period). Tobacco use was excluded as the primary SUD due to its high prevalence in this population (Castaldelli-Maia et al., 2021). Additionally, diagnoses such as dementia, Alzheimer's, autism spectrum disorders, and intellectual disabilities were excluded as primary diagnoses because of associated cognitive impairments that affect communication and memory. Individuals with borderline personality disorders were selectively included, given their high rates of ED use (Broadbear et al., 2022).

As the true prevalence of dual disorders in the study area was unknown, estimates were based on a 20% prevalence of mental health disorders in Quebec (Institut de la

statistique du Québec, 2015) and findings from a meta-analysis of 123 studies showing that dual disorders in individuals with schizophrenia could reach 41.7% (Hunt et al., 2018). The estimated prevalence for the study population was set at 8.3%, rounded to 10% for sample size calculation. Using Cochran’s formula, with a 95% confidence level and a 5% margin of error, the required sample size was calculated to be 138. A random selection of medical records was conducted by the archives departments, based on the defined inclusion and exclusion criteria, resulting in a final sample of 150 medical records. The sample selection steps are shown in [Figure 5.1](#).

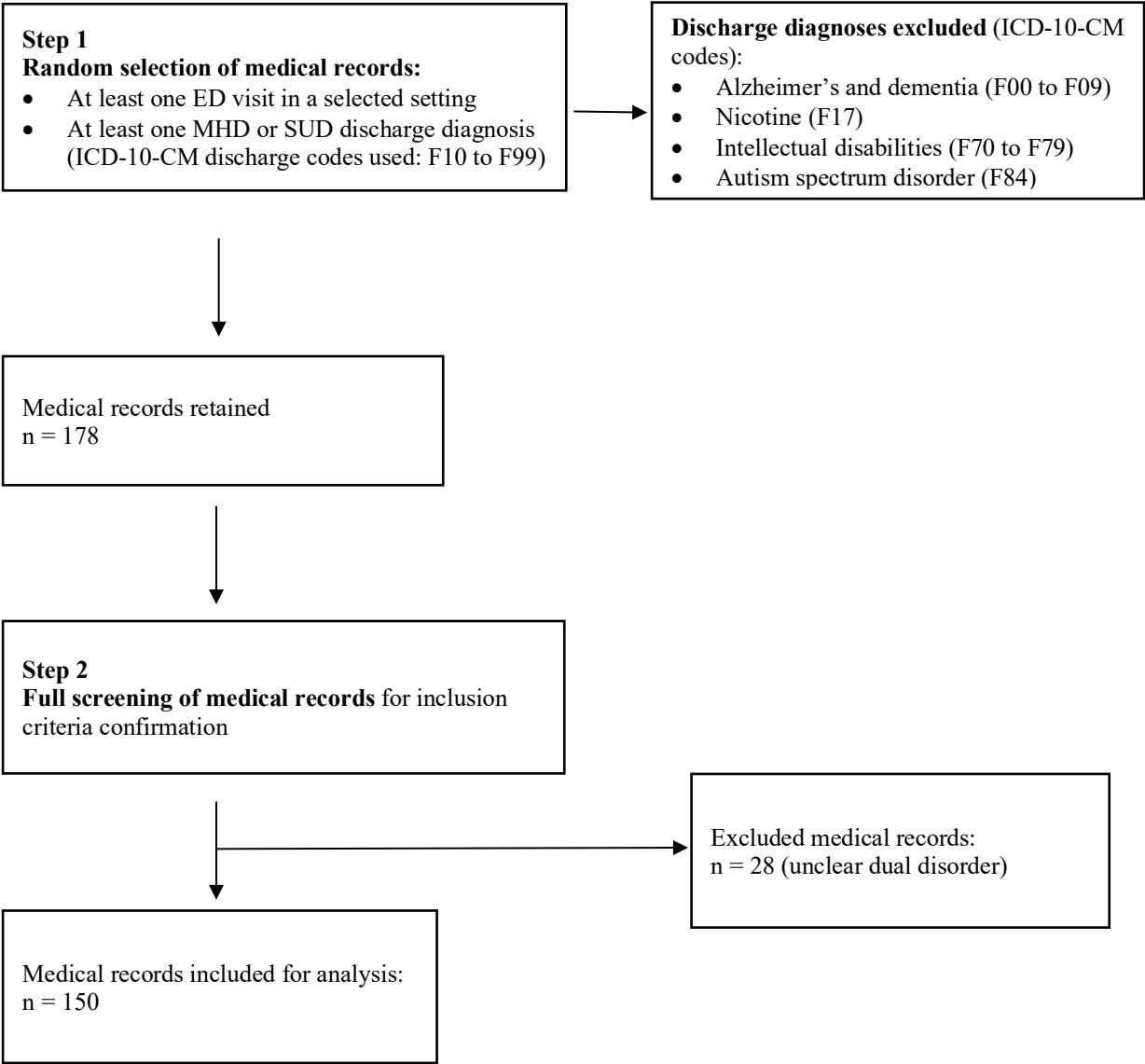


Figure 5.1. - Sample Selection Flowchart

Note. ICD-10-CM = International Classification of Diseases, Tenth Revision – Clinical Modification (National Center for Health Statistics, 2019).

## Variable selection

Variable selection was guided on two key documents: (1) the care pathway for adult mental healthcare developed by the CIUSSSMCQ, and (2) the ED care pathway developed for this study. Variables were selected to align with the ED care pathway, covering the period from ED arrival until ED medical discharge (or hospitalization discharge, if applicable) to comprehensively capture the assessment process, services provided, and referrals. Additional variables, such as sociodemographic and health-related factors, were also incorporated. These variables were organized into four categories: sociodemographic data, medical data, ED period, and services provided. Variables are shown in [Table 5.1](#).

Tableau 5.1. - Variable categories

| Categories                         | Variables  |
|------------------------------------|--|
| Socio-demographic and medical data | Age, sex, homelessness   |
| Medical data                       | Mental health disorder, substance use disorder, access to psychiatrist, access to primary healthcare physician   |
| Emergency department period        | Number of visits at the ED <sup>a</sup> , CTAS score <sup>b</sup> at triage assessment, disposition after ED medical assessment, psychiatric consultation, diagnosis at hospital discharge |
| Services provided                  | Services offered at hospital discharge, intervention from the mental health liaison nurse, intervention from the addiction liaison nurse   |

<sup>a</sup>ED = emergency department; <sup>b</sup>CTAS score = Canadian Triage & Acuity Scale score

The variables "access to a psychiatrist" and "access to a primary healthcare physician" indicate whether a psychiatrist and/or primary healthcare physician is documented in the individual's medical record. "Disposition after ED medical assessment" refers to the patient's placement following evaluation by the ED physician, which could include observation in the ED before discharge, direct discharge home, hospitalization, or transfer to the brief hospitalization unit. The brief hospitalization unit, part of the ED, is designated for individuals who no longer need emergency care but still require further assessment, observation, and treatment, with a maximum stay of 72 hours (MSSS, 2022). The Canadian Triage & Acuity Scale score (CTAS) assists triage nurses determine the severity level based on the reason for consultation and the signs and symptoms presented (Canadian Association of Emergency Physicians, 1999). The five levels (Priority 1 (P1) to Priority 5 (P5)) correspond to maximum

timeframes for medical assessment: P1 (resuscitation) requires immediate assessment, P2 (emergent) within 15 minutes, P3 (urgent) within 30 minutes, P4 (less urgent) within 60 minutes, and P5 (non-urgent) within two hours or later. According to specific criteria, some P3 to P5 situations may be referred to other hospital sectors or healthcare network (The Canadian Association of Emergency Physicians, 1999). Each of the four EDs had dedicated mental health and addiction liaison nurses available during business hours. These nurses, separated from the emergency care team, supported the healthcare professionals by conducting assessments and providing brief interventions. They also facilitated connections with outpatient services, making this variable an important part of the study.

## Data collection

Socio-demographic and health-related data were primarily collected from paper-based patient medical records, except for one facility, for which *Purkinje*<sup>®</sup> software was used to retrieve data from electronic medical records. The following electronic databases were employed for data collection: (1) *SIC+* from i-CLSC for primary care services, (2) *Dossier Santé Québec* from the Government of Québec for prescribed medication, and (3) *SIURGE* by Logibec for ED triage data. Each patient's unique Quebec healthcare insurance number was consistently used across all databases and medical records to ensure accurate identification and seamless data linkage. All ED visits during the targeted study period were reviewed and included, regardless of the number of visits per patient. For example, if a patient made 25 visits during this period, data for all visits were recorded and included. The data linked using healthcare insurance number were then compiled into a single, comprehensive data collection table. To maintain confidentiality, a random alphanumeric code replaced the healthcare insurance number in the final dataset. Microsoft Excel (v.16.0.6965.2117) from Microsoft Office 365 ProPlus was used to create the data collection table and aggregate each patient's information. Drop-down menus were incorporated to standardize entries and minimize data entry errors.

## Statistical analyses

Descriptive statistics, multiple correspondence analysis (MCA), and cluster analysis were performed. Descriptive statistics were applied to variables related to sociodemographic, medical-related data, and some characteristics of ED visits using SPSS® (version 27). Care pathways are often designed based on individuals' diagnoses. However, in this study, the unit of analysis was the ED visit rather than the individual's medical record. For each individual, the dual disorder defined by the inclusion criteria (e.g., anxiety disorder co-occurring with alcohol use disorder) remained unchanged throughout the study period. However, the diagnoses recorded at hospital discharge often varied (e.g., suicidal ideation, anxiety symptoms, or depressive symptoms). Consequently, each visit was treated as a distinct event, reflecting the individual's specific needs and circumstances. This choice was made to accurately describe ED care pathways and explore potential variations based on the different reasons for consultation during ED visits. ED visits related to mental health or substance use condition were included, while those related to physical health issues or having missing values were excluded from the analysis, resulting in 474 ED visits.

Given that most variables along the ED care pathway were categorical and the dataset was extensive, MCA was performed. MCA is a robust multivariate statistical technique designed for large datasets to analyze categorical data and identify the presence and strength of associations between the variables (Greenacre, 2016). This exploratory method can also reveal unexpected relationships among variables. The variables included in the MCA were: diagnosis at hospital discharge, CTAS score at triage assessment, disposition following ED medical assessment, psychiatric consultation, services offered at hospital discharge, intervention from the mental health liaison nurse, and intervention by the addiction liaison nurse. For the "medical diagnosis at hospital discharge" variable, categories with fewer than five units and similar characteristics were combined, in accordance with MCA guidelines, to ensure robust analysis and interpretability. First, all variable categories were represented as a cloud of points in a Euclidean space and plotted relative to one another to create dimensions. Each dimension captured a proportion of the total inertia (equivalent to variance). Since it is not feasible to explain all the inertia, the optimal model was defined as the one with the fewest dimensions that adequately accounted for it. The optimal number of

dimensions was determined using the Greenacre correction (1993), the Benzecri correction (1979), and a scree plot. Next, a two-step cluster analysis was conducted to group ED visits with similar characteristics. A k-means clustering analysis, using the centroid linkage method, was performed, followed by a hierarchical cluster analysis to confirm the optimal number of clusters. The number of clusters was determined by examining the dendrogram and ensuring interpretability. MCA and cluster analyses were performed using RStudio (version 1.4.1106). As the study was exploratory, comparative statistical analyses between clusters were not conducted. For each cluster, the contribution of each variable category was assessed by calculating the index ratio: the proportion of the variable category within the cluster divided by its proportion in the total sample. An index ratio between 60 and 100 indicated no significant impact of the variable category, while a ratio below 60 indicated underrepresentation and a ratio above 120 signified overrepresentation.

## Results

### Descriptive analyses

[Table 5.2](#) presents demographic characteristics, MHD and SUD categories, and access to physicians. The ages of individuals ranged from 18 to 86. Regarding psychiatric diagnoses, 48% had more than one MHD, and 49% had more than one SUD simultaneously. Additionally, the majority of individuals (90%) had access to either a primary healthcare physician or a psychiatrist. During the study period, a total of 701 ED visits were recorded for either mental health or physical reasons. Of the individuals, 88 (59%) made 1-3 annual visits, 34 (23%) made 4-6 annual visits, 25 (16%) made 8-18 annual visits, and 3 individuals (2%) visited the ED 25, 26, and 27 times, respectively (mean  $\pm$  SD =  $4.67 \pm 4.76$ ; median = 3).

Tableau 5.2. - Demographic and Medical Characteristics of the Study Population  
(n=150)

| Variable                        | Total n (%) |
|---------------------------------|-------------|
| <b>Age</b>                      |             |
| Mean ± standard deviation       | 46.1 ± 14.5 |
| <b>Sex</b>                      |             |
| Men                             | 92 (61.3)   |
| Women                           | 58 (38.7)   |
| Homelessness                    | 13 (8.7)    |
| <b>Access to physicians</b>     |             |
| Primary care physician          | 108 (72)    |
| Psychiatrist                    | 80 (53.3)   |
| Both                            | 53 (35.3)   |
| None                            | 15 (10)     |
| <b>MHD<sup>a</sup></b>          |             |
| Depressive disorder             | 51 (34)     |
| Anxiety disorder                | 38 (25.3)   |
| Personality disorder            | 34 (22.7)   |
| Schizophrenia                   | 31 (20.7)   |
| Bipolar disorder                | 27 (18)     |
| Psychotic disorder              | 20 (13.3)   |
| Borderline disorder             | 17 (11.3)   |
| Unspecified MHD                 | 7 (4.7)     |
| Unspecified depressive disorder | 4 (2.7)     |
| <b>SUD<sup>b</sup></b>          |             |
| Alcohol                         | 77 (51.3)   |
| Cannabis                        | 36 (24)     |
| Polysubstances <sup>c</sup>     | 29 (19.3)   |
| Amphetamines                    | 26 (17.3)   |
| Other depressants <sup>d</sup>  | 20 (13.3)   |
| Cocaine/Stimulants <sup>e</sup> | 9 (6)       |

<sup>a</sup>MHD = mental health disorder; <sup>b</sup>SUD = substance use disorder; <sup>c</sup> More than three substances taken simultaneously; <sup>d</sup>Benzodiazepines, opioids, heroine; <sup>e</sup>Cocaine, crack, ecstasy, corticoids.

The characteristics of ED visits related to mental health or substance use (n=477) are shown in [Table 5.3](#). Notably, only a small proportion of individuals (5.3%) did not have any visits associated with mental health or substance use issues during the study period.

Tableau 5.3. - Characteristics of ED Visits Related to Mental Health or Substance Use Issues  
(n=477)

| Variable                                     | Number of visits<br>n (%) |
|--|---------------------------|
| Number of ED <sup>a</sup> visits             |                           |
| Mean ± standard deviation                    | 3.2 ±3.2                  |
| Range  | 0-18                      |
| Median                                       | 2                         |
| CTAS score                                   |                           |
| P1   | 12 (2.5)                  |
| P2   | 89 (18.7)                 |
| P3   | 181 (38.0)                |
| P4   | 163 (34.2)                |
| P5   | 32 (6.7)                  |
| Diagnosis at hospital discharge              |                           |
| Agitation / Disruptive behaviour             | 23 (4.8)                  |
| Anxiety disorder                             | 37 (7.8)                  |
| Depressive disorder                          | 26 (5.5)                  |
| Disorganization                              | 23 (4.8)                  |
| Psychotic disorders                          | 139 (29.1)                |
| Substance intoxication / Symptoms withdrawal | 121 (25.4)                |
| Suicide attempts                             | 33 (6.9)                  |
| Suicidal ideation                            | 75 (15.7)                 |
| Disposition after ED medical assessment      |                           |
| Brief hospitalization unit at the ED         | 54 (11.3)                 |
| Home   | 94 (19.8)                 |
| Hospitalization                              | 223 (46.8)                |
| Under observation at ED, then discharged     | 106 (22.2)                |
| Psychiatric consultation                     | 335 (70.2)                |
| Intervention from specialized nurses         |                           |
| Mental health liaison nurse                  | 138 (28.9)                |
| Addiction liaison nurse                      | 80 (16.8)                 |
| Services offered at hospital discharge       | 277 (58.1)                |
| Services declined by individual              | 57 (11.9)                 |

<sup>a</sup>ED = emergency department

## MCA and Cluster Analyses

The first four dimensions were retained, accounting for 74% of the total inertia according to the Benzecri correction (1979) and 99.5% according to Greenacre correction (1993). For the cluster analyses, the dendrogram and interpretability showed that five clusters provided the optimal balance of inter-class and intra-class cluster distances. The variable "diagnosis at hospital discharge" was the most significant contributor to cluster formation. Clusters 1, 2, and 3 represented 13%, 32%, and 18% of all visits, respectively, while clusters 4 and 5 accounted for 20% and 17% of visits, respectively. The variables associated with each cluster are shown in [Table 5.4](#).

All suicide attempt related visits were in cluster 1, with each visit involving a psychiatric consultation and most resulting in hospitalization. Cluster 2 primarily included visits related to psychotic disorders/agitation (61.8%) and depressive episodes/suicidal ideation (35.5%), with a psychiatric consultation occurring in 94.7% of cases and hospitalizations in 66.4%. Cluster 3 was dominated by anxiety episodes, where individuals were typically discharged home following ED medical assessment without either psychiatric consultations or post-discharge services. Cluster 4 included visits related to depressive episodes and suicidal ideation, with significant interventions and services provided. Nearly all visits in cluster 5 (92.6%) were associated with intoxication or withdrawal symptoms and did not involve psychiatric consultations. However, individuals in this cluster were often directed to the brief hospitalization unit or kept under observation in the ED. Notably, mental health and addiction liaison nurses were only involved in cluster 4. The five clusters were labeled as follows: critical condition pathway (cluster 1), hidden-SUD pathway (cluster 2), non-urgent needs pathway (cluster 3), integrated-viewed pathway (cluster 4), and not mental health-like pathway (cluster 5).

Tableau 5.4. - ED Care Associated with Each Cluster (n=474 visits)

| Variables  | Cluster 1<br>n=63 (13%)<br>Critical condition<br>pathway<br>IR <sup>b</sup> (%) | Cluster 2<br>n=152 (32%)<br>Hidden SUD pathway   | Cluster 3<br>n=85 (18%)<br>Non-urgent needs<br>pathway | Cluster 4<br>n=93 (20%)<br>Integrated-viewed<br>pathway         | Cluster 5<br>n=81 (17%)<br>Not mental health-like<br>pathway               |
|--|---|--|--|---|--|
| Diagnosis at hospital discharge                      | Suicide attempt<br>752 (52.4)   | Psychotic disorders /agitation<br>160 (61.8)<br>depressive episode / suicidal ideation<br>167 (35.5) | Anxiety episode<br>452 (35.3)                          | Depressive episode / Suicidal ideation<br>161 (34.4)            | Substance intoxication / Withdrawal symptoms<br>366 (92.6)                 |
| Disposition after ED <sup>a</sup> medical assessment | Hospitalization<br>146 (68.3)   | Under observation at ED<br>128 (28.3)<br>Hospitalization<br>142 (66.4)                               | Home<br>378 (74.1)                                     | Hospitalization<br>168 (78.5)<br>BHU <sup>c</sup><br>170 (19.4) | Under observation at ED<br>173 (38.3)<br>Home 126 (24.7)<br>BHU 293 (33.3) |
| CTAS score   | P1-P2<br>432 (92.1)   | P3 128 (48.7)<br>P4-P5 124 (50.7)  | P4-P5<br>176 (71.8)                                    | P3<br>144 (54.8)  | P1-P2<br>197 (42.0)  |
| Psychiatric consultation                             | Yes 142 (100)   | Yes 134 (94.7)   | No 231 (68.2)  | Yes 131 (92.5)  | No 280 (82.7)  |
| Mental health liaison nurse                          | No 125 (88.9)   | Yes 166 (48)   | No 136 (96.5)  | Yes 186 (53.8)  | No 134 (95.1)  |
| Addiction liaison nurse                              | No 113 (93.7)   | No 120 (100)   | No 120 (100)   | Yes 420 (71.0)  | No 105 (87.7)  |
| Services offered at hospital discharge               | No 126 (52.4)   | Yes 99 (57.9)  | No 184 (76.5)  | Yes 164 (95.7)  | Yes 106 (61.7)   |

<sup>a</sup>ED = emergency department; <sup>b</sup>IR = Index ratio; 60-120 = not an impacting variable in the cluster, >120 = variable with high impact in the cluster <sup>c</sup>BHU = Brief hospitalization unit

## Discussion

The aim of this study was to describe the different ED care pathways of individuals with dual disorders and the services provided. Key findings reveal that: (1) variations in ED care pathways are associated with the diagnosis at hospital discharge, and (2) these care pathways present gaps that impede optimal service delivery and continuity of care. Results regarding demographic characteristics and MHD/SUD categories align with previous research indicating that individuals with dual disorders often present heterogeneous and complex needs (Castaño Pérez et al., 2017; Fleury et al., 2020; Jegede et al., 2022). The sample reflected this heterogeneity, with varied combinations of MHDs and SUDs and many individuals experiencing multiple concurrent disorders. This heterogeneity was also consistent across clusters in terms of MHD and SUD diagnoses and individual ages. Notably, 62 individuals (43%) visited the ED four times or more annually, accounting for 75.5% of all ED visits, despite 90% of the sample having access to a family physician or psychiatrist. It would have been relevant to explore the frequency of contact or involvement with these professionals, but this information was not available. A recent qualitative study reported that many patients expressed dissatisfaction with follow-up care from their providers, citing that it did not adequately address their needs and that responses to urgent requests were insufficiently prompt, contributing to high ED use (Dion et al., 2024). Additionally, 46.7% of individuals returned to the ED for the same reason as their previous visit, a finding supported by other studies (Morris et al., 2018; Slankamenac et al., 2019). Main explanatory factors contributing to repeated use of the ED would be challenges in accessing primary healthcare, lack of services in the community, insufficient social support, and homelessness (Dion et al., 2024; Fleury et al., 2019b; Graham et al., 2017; Laliberté et al., 2020; Morris et al., 2018; Wise-Harris et al., 2017). In this study, 68% of ED visits were related to mental health or substance use issues, with the most common discharge diagnoses being psychotic disorders (29.1%) and substance intoxication or withdrawal symptoms (25.4%). These results align with those of previous studies (Hensel et al., 2017; Lavergne et al., 2022a; Lavergne et al., 2022b; Moe et al., 2022).

## Emergency Department Care Pathways of Individuals with Dual Disorders

Similar to other studies (Miele et al., 2023; Roberge et al., 2024; White, 2020), our results showed that the heterogeneity among individuals with dual disorders leads to multiple different care pathways, rather than a single, standardized one. Utilizing MCA and cluster analysis to describe ED care pathways allowed us to identify five distinct ED care pathways, each with notable differences. The most significant variations were related to the diagnosis at hospital discharge, the frequency of interventions by psychiatrists and liaison nurses, and the frequency of services offered at discharge.

Except for the integrated-viewed pathway, few interventions from liaison nurses and services were provided at the ED or at hospital discharge. These results are consistent with the literature indicating that individuals with dual disorders often do not receive adequate services based on their needs, resulting in gaps in continuity of care (Digel Vandyk et al., 2018; Lavergne et al., 2022b; McIntyre et al., 2022; Sather et al., 2022; St-Pierre & St-Pierre, 2024; White, 2020). The INESSS guidelines for dual disorders recommend that “emergency departments should also provide intensive care for mental disorders that have an addiction component (e.g., offering a liaison service in some hospitals), with the goal of stabilizing consumers and then referring them [...]” (INESSS, 2016, p. 25). One possible explanation for the limited services could be that individuals declined them. However, analyses showed a low declination rate (11.9%) when services were offered across all care pathways. A notable finding was the limited intervention by mental health (28.9%) and addiction (16.8%) liaison nurses in the ED, especially for the not mental health-like pathway (intoxication or withdrawal symptoms), where only 12.3% of visits received consultation from an addiction nurse. This may indicate that their exact roles are either not well understood by the ED healthcare team or that the team is unaware of these available resources (Abram, 2018; D’Amico et al., 2019). Research has shown the benefits of involving mental health and addiction liaison nurses. Their expertise and biopsychosocial approach make them valuable providers for individuals with dual disorders (Blanchette-Martin et al., 2016; Elphinston et al., 2021; Saraiva et al., 2020; St-Pierre & Lessard, 2022). They are capable of conducting screening,

assessments, counseling, follow-up, brief interventions, and treatment initiation in collaboration with physicians. Additionally, they can support the ED team and facilitate care transitions to outpatient services, improving access and continuity of care (Wand et al., 2020).

Among the five identified care pathways, the integrated-viewed pathway, which includes ED visits related to depressive episodes or suicidal ideation, is the only one encompassing all the services and interventions assessed in this study. It is also the only pathway with a significant implication from addiction liaison nurses. This pathway incorporates both mental health and addiction-related interventions, an approach supported by numerous studies as the most effective strategy for addressing the complex needs of individuals with dual disorders (Fantuzzi & Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Karapareddy, 2019). Clinical guidelines and recent literature recommend conducting thorough mental health and psychosocial assessments that evaluate needs and risk factors, establishing a protocol for referral and follow-up services to ensure continuity of care and safe transition into the community, and creating linkage systems with community services (American Psychiatric Association, 2010; Fisher et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022a, 2022b; Registered Nurses' Association of Ontario, 2009; Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, 2016). Additionally, integrating mental health professionals, including addiction professionals, within the ED is vital for supporting healthcare professionals in managing the care of these individuals effectively (NICE, 2022a, 2022b). This integration helps ensure comprehensive and continuous support, bridging the gap between emergency care and community-based services.

In the critical condition pathway, all the ED visits related to suicide attempts fell within this cluster. Although the diagnosis of suicide attempt may share similarities with suicidal ideation, the care pathways were markedly different. While individuals in received a psychiatric consultation, the critical condition pathway had notably fewer interventions from mental health (11.1%) and addiction (6.3%) liaison nurses. Additionally, over half (52.4%) of individuals in this pathway were not provided with services at hospital discharge, a finding consistent with other

studies (Digel Vandyk et al., 2018; Sandahl et al., 2024; St-Pierre & St-Pierre, 2024). Research has shown that individuals with MHD or SUD who died by suicide were less likely to seek help and when they did, it is often through ED visits, highlighting these settings as critical intervention points for this population (Vasiliadis et al., 2018). Upon arriving at the ED, individuals who have attempted suicide frequently require immediate medical attention. Once stabilized or hospitalized, additional assessments should be conducted. A recent meta-analysis and other studies have found a strong association between suicide attempts and factors such as depression, hopelessness, powerlessness, and SUDs (Armoon et al., 2021; Sandahl et al., 2024). It is also well established that substance abuse or SUD is a significant predictor of repeat suicide attempts and death by suicide (Bowden et al., 2018; Chai et al., 2022; Hulme et al., 2020). While psychiatric consultations are important, comprehensive substance use assessments and biopsychosocial evaluations are rarely conducted, and post-discharge follow-ups are limited (Sandahl et al., 2024). Therefore, mental health and addiction liaison nurses are well-positioned to conduct these assessments, evaluate medium- and long-term risk factors, and facilitate post-discharge follow-ups. Studies have shown that these interventions can significantly reduce suicidal behaviours (Doupnik et al., 2020; Mann et al., 2021; Sobanski et al., 2021; Tacbas et al., 2023).

The hidden-SUD pathway accounted for the highest proportion of ED visits (32%) and included visits related to psychotic disorders/agitation (2/3) and suicidal ideation/depressive episodes (1/3). Notably, only half of the visits and none of the visits in this care pathway involved consultations by the mental health and addiction liaison nurses, and few services were offered at discharge. These findings may be explained by the presence of significant MHD symptoms overshadowing SUD symptoms, leading to the prioritization of MHD management and under-recognition of SUD (O'Grady et al., 2019). Substance abuse or SUD frequently exacerbates MHD decompensation in individuals with known dual disorders (APA, 2022; Priester et al., 2016; Volkow & Blanco, 2023), delaying SUD recognition and treatment initiation (Lee et al., 2013; Priester et al., 2016). Although several studies mention the difficulty of engaging individuals with psychotic disorders in SUD treatment (Brown et al., 2011; Priester et al., 2016), it remains essential to assess and manage SUD after mental health stabilization.

Interestingly, visits related to suicidal ideation/depressive episodes were divided between the hidden-SUD pathway and the integrated-viewed pathway. The main differences between these pathways were CTAS score and involvement of the addiction liaison nurse. One plausible explanation for these findings could be the challenges in accurately evaluating an individual's overall condition during triage. Dugas et al. (2019) examined triage processes for individuals presenting to the ED with suspected alcohol intoxication, using a standardized triage protocol. Their results revealed discrepancies between the reason for consultation and the final diagnosis at hospital discharge. In 29% cases, alcohol intoxication was not part of the final diagnosis, which instead indicated somatic (51%) or psychiatric (49%) conditions. Furthermore, the CTAS scores were sometimes underestimated. Consistent with the findings of Dugas and colleagues (2019), it is possible that substance use went unnoticed in the present study, contributing to the observed differences between pathways and emphasizing the potential overshadowing of SUD by mental health symptoms.

The non-urgent needs pathway and not mental health-like pathway were characterized by the lowest level of mental health and addiction interventions, and low rates of services offered at discharge. The non-urgent needs pathway included ED visits primarily related to anxiety episodes, where individuals were typically discharged home after ED assessment without interventions from mental health and addiction liaison nurses and with minimal psychiatric consultations. These ED visits were often assigned a CTAS score of P4-P5 at triage, indicating a non-urgent classification. Similar findings have been reported in other studies, where individuals experiencing anxiety episodes at the ED are frequently considered non-urgent and may not be referred for outpatient services (Hsia & Niedzwiecki, 2017; Musey et al., 2018). Roberge et al. (2015) found that fewer than 15% of individuals with anxiety disorders received treatment in outpatient services conforming to evidence-based recommendations. Diagnosing anxiety disorder in the ED can be challenging as patients often present with physical symptoms such as chest pain, tachycardia, shortness of breath, and abdominal pain (Derrick et al., 2019; Musey et al., 2018). To enhance recognition, the use of standardized case detection methods has been recommended in primary healthcare settings and could be effectively implemented in the ED as

well (Culpepper, 2003; Olariu et al., 2015). SUD is known to exacerbate anxiety, making it essential to assess and manage both conditions simultaneously in the ED (Vorspan et al., 2015). Bertakis & Azari (2011) highlighted that support from parallel service providers, such as medical students or volunteers, can be valuable resources for addressing non-emergent but important issues like depression and anxiety disorders. This suggests that the involvement of mental health and addiction liaison nurses could lead to similarly positive outcomes.

Almost all ED visits within the not mental health-like pathway (92.6%) involved substance intoxication/withdrawal symptoms. Despite the urgent classification (P2 on the CTAS), hospitalization and mental health or addiction interventions were typically deemed unnecessary, and only limited services were offered at discharge. Individuals were generally kept under observation in the ED or at the brief hospitalization unit and were discharged once their intoxication or withdrawal symptoms were resolved. Although SUD was noted in the medical records, few interventions were documented as having been conducted during the ED stay. These results suggest that upon arrival at the ED, individual's altered mental state may limit their ability to engage in discussions about possible interventions. Once stabilized and after the acute effects of substances have subsided, further assessments and discussions regarding available services should be initiated. However, our findings align with other studies highlighting that SUD is often perceived differently from other mental health conditions and as "a problem" to be managed outside the ED (Digel Vandyk et al., 2018; Hsia & Niedzwiecki, 2017; Orsolini et al., 2021; Wang et al., 2019). This perception may stem from viewing SUD more as a social issue than a medical condition (Englander et al., 2018), discomfort or inadequate knowledge about assessing and treating SUD (Harris & Yu, 2016; Lowenstein et al., 2019; Merrick et al., 2022), or stigma associated with individuals experiencing dual disorders, especially regarding substance use (Lowe et al., 2022; Parkman et al., 2017). Additionally, engaging individuals in SUD treatment poses significant challenges (Anandan et al., 2021; Lowenstein et al., 2019). However, a qualitative study exploring the factors that motivated individuals to change their substance use habits emphasized that positive, empathetic attitudes from healthcare professionals, particularly during the

screening and referral process, are crucial in motivating individuals to change their substance use habits and accept assistance (Brunelle et al., 2015).

## **Clinical Implications and Improvement Opportunities**

The present study of care pathways for individuals with dual disorders provides many important clinical implications. The findings identified five distinct care pathways based on diagnoses at hospital discharge, with notable variations, with some appearing to receive more interventions than others. Except for the “integrated-viewed pathway”, a significant gap identified is the under-identification of dual disorders, contributing to the low rates of optimal treatment for individuals with dual disorders (Lavergne et al., 2022a; Yule & Kelly, 2019). To address this gap, routine, standardized screening and assessment should be implemented in the ED for all individuals with risk factors or known SUD, including those presenting for suicide attempts (Moe et al., 2022; Vasiliadis et al., 2018; Yule & Kelly, 2019). The use of integrated tools specifically designed for dual disorder assessment could enhance the understanding and evaluation of a patient's condition (Mulvaney-Day et al., 2018). Another gap is the limited involvement of mental health and addiction liaison nurses, especially in the “critical condition”, “non-urgent needs”, and “not mental health-like” pathways. Increasing the involvement of these nurses could enhance care management of individuals with dual disorders (Blanchette-Martin et al., 2016; Elphinston et al., 2021; Saraiva et al., 2020; Wand et al., 2020). By providing brief interventions, such as motivational interviewing and counselling within the ED (Blanchette-Martin et al., 2016), their involvement could facilitate timely care management, alleviate the workload on the ED team, and promote interdisciplinary and intersectoral collaboration (McCullough et al., 2024).

A major challenge identified in this study is ensuring continuity of care at hospital discharge. Except for the “integrated-viewed pathway”, few services were offered at discharge, which could be linked to the under-identification of dual disorders and served as a barrier to transitioning individuals to outpatient services. Moreover, the ED team may not be fully aware of

all available resources. Mental health and addiction liaison nurses, whose primary role is to coordinate with outpatient services, possess critical knowledge that could bridge this gap. Other improvement opportunities could be considered. Implementing care management models in the ED could better address the needs of individuals with dual disorders, improve access to services, and enhance continuity of care. For example, a systematic review and meta-analysis on short-stay, hospital-based mental health crisis units across 12 countries, including Canada, highlighted that these settings could reduce psychiatric holds, ED wait times, and inpatient admissions, while increasing outpatient follow-up care (Anderson et al., 2022). Another promising initiative is the use of patient navigation, where healthcare professionals or peer supporters assist individuals in finding appropriate treatment and services, as well as facilitating linkage with additional resources (Mullen et al., 2022).

## **Strengths and Limitations**

This study has several strengths. By drawing from medical records across multiple healthcare facilities, it captures a diverse population with various combinations of MHD and SUD, ensuring population heterogeneity. The sociodemographic and health-related data of the sample align with results from other studies, enhancing the generalizability of the results. This study outlined five distinct ED care pathways for individuals with dual disorders, based on specific needs and reflected by the clinical diagnoses provided at hospital discharge. Associated interventions, identified gaps, and possible improvements were discussed with many details. However, there are also several limitations. The data collection was limited to a single year, which may not capture potential variations in ED visit reasons across different years. Additionally, this study was conducted prior to the COVID-19 pandemic, and the substantial rise in mental health issues observed post-pandemic, particularly anxiety and depressive disorders, could lead to different outcomes if the study were replicated today (Statistics Canada, 2023). While there is a clear evidence of an increased mental health burden since the pandemic, recent studies have indicated that this has not been matched by a corresponding rise in ED visits for mental health concerns (Bruckner et al., 2023). The study highlighted the importance of the roles of mental health and

addiction liaison nurses, but did not investigate the roles of other mental health professionals, such as social workers and psychologists, due to a lack of available data on these roles. Regarding the methods, MCA is an exploratory technique that does not permit the analysis of causal relationships. Moreover, because the ED visit, rather than the individual, was used as the unit of analysis, sociodemographic characteristics could not be tied to specific clusters. Since some individuals made multiple ED visits within the 12-month study period, they may appear in more than one cluster. However, each visit was considered distinct. While some visits may appear similar, their management in the ED can vary significantly.

## **Conclusion**

In conclusion, the study of care pathways is relevant for assessing the performance of services offered to individuals with dual disorders, improving interventions, and identifying potential gaps (Adeyemi et al., 2013; Sather et al., 2022). This study found that the heterogeneity among individuals with dual disorders resulted in diverse ED care pathways tailored to individual needs. The variation in services offered across care pathways suggests that certain pathways may lack essential interventions, preventing optimal care and continuity of services. These findings highlight the need for enhanced ED care pathways through improved screening, especially for SUD, early identification of dual disorders, and the development of new collaborative relationships between healthcare teams and mental health and addiction liaison nurses. The ED serves as a critical touchpoint for identifying individuals with dual disorders, as it is often one of the few, or sometimes the only, places they seek help (Wise-Harris et al., 2017). However, no single service or health professional can take charge and support the individual in their recovery. Exploring new collaborative models that address the complex needs of individuals with dual disorders is crucial. This requires the involvement of interdisciplinary healthcare teams with complementary expertise working in an integrated manner to support individuals in achieving their own goals.

## **Acknowledgments**

The authors would like to thank Groupe de Recherche Loricorps for manuscript review and conceptual support; Ryan Kipp, Isabelle Savard and Gabriela Peguero-Rodriguez for manuscript proofreading; the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ) for medical records; Marie-Claude Bonneville for data collection, and Marie-Christine Stafford (Numea) for statistical analyses and consulting services. We disclose the use of generative AI tools as follows: ChatGPT – 'Research Paper Language Editor' (version 4) was used for language enhancement (as the authors' native language is French) and for refining certain sentences to achieve a more scientific style.

## **Ethics approval**

This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Research Ethics Board of the *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec* (CIUSSSMCQ) (CÉRC-2016-027). Since the study used data from medical records, the ethics committee approved the research without requiring the consent of the people whose information was involved (Government of Canada, 2022).

## **Declarations**

The authors report there are no competing interests to declare.

The data that support the findings of this study are not openly available due to reasons of sensitivity and confidentiality and are available from the Chaire IRISS upon reasonable request.

## References

- Abram, M. D. (2018). The Role of the Registered Nurse Working in Substance Use Disorder Treatment: A Hermeneutic Study. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(6), 490-498. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1413462>
- Adeyemi, S., Demir, E., & Chausalet, T. (2013). Towards an evidence-based decision-making healthcare system management: Modelling patient pathways to improve clinical outcomes. *Decision Support Systems, 55*(1), 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2012.12.039>
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. Washington, USA: American Psychiatric Association. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/suicide.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Fifth ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Anandan, R., Cross, W., & Olosoji, M. (2021). Mental Health Nurses' Attitudes towards Consumers with co-Existing Mental Health and Drug and Alcohol Problems: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing, 42*(4), 346-357. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1806964>
- 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., & 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., Soleimanvandi Azar, N., Fleury, M.-J., Noroozi, A., Bayat, A.-H., Mohammadi, R., Ahounbar, E., & Moghaddam, L. F. (2021). Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases, 39*(4), 550-569. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/10550887.2021.1912572](https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1912572)
- Armoon, B., Griffiths, M. D., Mohammadi, R., Ahounbar, E., & 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>
- Benzecri, J. P. (1979). Sur le calcul des taux d'inertie dans l'analyse d'un questionnaire, addendum et erratum à [bin. mult.]. *Cahiers de l'Analyse des Données, 4*(3), 377-378.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of American Board of Family Medicine, 24*, 229-239.

- Blanchette-Martin, N., Tremblay, J., Ferland, F., Rush, B., Garceau, P., & Danielson, A.-M. (2016). Co-location of Addiction Liaison Nurses in Three Quebec City Emergency Departments: Portrait of Services, Patients, and Treatment Trajectories. *Canadian Journal of Addiction*, 7(3), 34-40.
- Bowden, B., John, A., Trefan, L., Morgan, J., Farewell, D., Fone, D. (2018). Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: an electronic cohort study of 2.8 million people. *PLoS One* 13, e0194772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194772>
- Broadbear, J.H., Rotella, J.-A., Lorenze, D. and Rao, S. (2022), Emergency department utilisation by patients with a diagnosis of borderline personality disorder: An acute response to a chronic disorder. *Emergency Medicine Australasia*, 34, 731-737. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13970>
- Brown, C. H., Bennett, M. E., Li, L., & Bellack, A. S. (2011). Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(5), 439-47. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.001>
- Bruckner, T. A., Huo, S., Huynh, M., Du, S., Young, A., & Ro, A. (2023). Psychiatric Emergencies in Los Angeles County During, and After, Initial COVID-19 Societal Restrictions: An Interrupted Time-Series Analysis. *Community mental health journal*, 59(4), 622–630. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01043-4>
- Brunelle, N., Bertrand, K., Landry, M., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., & Brochu, S. (2015). Recovery from substance use: Drug-dependent people’s experiences with sources that motivate them to change. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 22(3), 301-307. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1021665>
- Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). (1999). *Implementation guidelines for the Canadian ED Triage & Acuity Scale (CTAS)*. CAEP. [https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/ctased16\\_98.pdf](https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/ctased16_98.pdf)
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2019). *Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada, July 2019*. CIHI. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019-en-web.pdf>
- Castaldelli-Maia, J. M., Harutyunyan, A., Herbec, A., Kessel, T., Odukoya, O., Kemper, K. E., Hays, J. T., & Vardavas, C. (2021). Tobacco dependence treatment for special populations: challenges and opportunities. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(1), 75–82. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0782>
- Castañó Pérez, G. A., Rojas Bernal, L. A., Bareño Silva, J., & Sierra Hincapié, G. M. (2017). Sociodemographic and clinical factors associated with dual disorders in a psychiatric hospital. *Salud Mental*, 40(6), 279-290. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.036>

- Chai, Y., Luo, H., Wei, Y., Chan, S. K. W., Man, K. K. C., Yip, P. S. F., Wong, I. C. K., & Chan, E. W. (2022). Risk of self-harm or suicide associated with specific drug use disorders, 2004–2016: a population-based cohort study. *Addiction*, 117(7), 1940–1949. <https://doi.org/10.1111/add.15820>
- Chochinov, A., Innes, G., Kollek, D., Kreindler, S., & Petrie, D. (2023). *A systems approach to the future of emergency care*. Canadian Association of Emergency Physicians. <https://caep.ca/section-one-a-systems-approach-to-the-future-of-emergency-care/>
- Culpepper, L. (2003). Use of algorithms to treat anxiety in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 30–33.
- D'Amico, M. J., Walley, A. Y., Cheng, D. M., Forman, L. S., Regan, D., Yurkovic, A., Samet, J. H., & Weinstein, Z. M. (2019). Which patients receive an addiction consult? A preliminary analysis of the INREACH (INpatient REadmission post-Addiction Consult Help) study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 106, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.08.013>
- Derrick, K., Green, T., & Wand, T. (2019). Assessing and responding to anxiety and panic in the emergency department. *Australasian Emergency Care*, 22(4), 216–220. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.08.002>
- Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C., & 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., & 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>
- Douppnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions with Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(10), 1021–1030. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
- Dugas, S., Favrod-Coune, T., Poletti, P.-A., Huwyler, T., Richard-Lepouriel, H., Simon, J., Sarasin, F. P., & Rutschmann, O. T. (2019). Pitfalls in the triage and evaluation of patients with suspected acute ethanol intoxication in an emergency department. *Internal And Emergency Medicine*, 14(3), 467–473. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-2007-7>
- Elphinston, R. A., Wyder, M., De Andrade, D., Nguyen, K.-H., Gude, A., & Hipper, L. (2021). Impact of a new specialist alcohol and drug brief intervention service model integrated into the emergency department: An interrupted time series analysis. *Emergency Medicine Australasia*, 33, 67–73. <https://doi.org/doi:10.1111/1742-6723.13582>

- Englander, H., Collins, D., Peterson Perry, S., Rabinowitz, M., Phoutrides, E., & Nicolaidis, C. (2018). "We've Learned It's a Medical Illness, Not a Moral Choice": Qualitative Study of the Effects of a Multicomponent Addiction Intervention on Hospital Providers' Attitudes and Experiences. *Journal of Hospital Medicine*, 13(11), 752-758.
- Fantuzzi, C., & 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>.
- Fisher, A., Rochesson, S. E. D., Mills, K., & Marel, C. (2024). Guiding Principles for Managing Co-occurring Alcohol/Other Drug and Mental Health Conditions: a Scoping Review. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 22(3), 1251-1298. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00926-7>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Caron, J. (2015). Profiles Associated Respectively with Substance Dependence Only, Mental Disorders Only and Co-occurring Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 86, 355-371. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9335-1>.
- Fleury, M. J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H. M., Huynh, C., Grenier, G., Pelletier, É., & Lesage, A. (2019a). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux*. Montréal, Qc, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019b). Reasons for Emergency Department Use among Patients with Mental Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 703-716. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09657-w>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., & 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>
- Fleury, M. J., Cao, Z., Armoon, B., Grenier, G., & Lesage A. (2022a). Profiles of patients using emergency departments or hospitalized for suicidal behaviors. *Suicide Life Threatening Behaviors*, 52(5), 943-962. <https://doi.org/10.1111/sltb.12892>.
- Glowacki, K., Whyte, M., Weinstein, J., Marchand, K., Barbic, D., Scheuermeyer, F., Mathias, S., & 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>.
- Government of Canada. (2022). *Tri-council policy statement: ethical conduct for research involving humans—TCPS 2*. Government of Canada. [https://ethics.gc.ca/eng/policy-politique\\_tcps2-eptc2\\_2022.html](https://ethics.gc.ca/eng/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html)
- Graham, K., Cheng, J., Bernard, S., Wells, S., Rehm, J., & 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. *Can J Psychiatry*. 2017;62(1):48-56. <https://doi.org/10.1177/0706743716664884>

- Greenacre, M. J. (1993). Biplots in correspondence analysis. *Journal of Applied Statistics*, 20(2), 251–269.
- Greenacre, M. (2016). *Correspondence Analysis in Practice* (3<sup>rd</sup> Ed.). New York, USA: Chapman and Hall/CRC.
- Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G., & Schutz, C. G. (2020). Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2406. <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>.
- Harris, B. R., & Yu, J. (2016). Attitudes, perceptions and practice of alcohol and drug screening, brief intervention and referral to treatment: A case study of New York State primary care physicians and non-physician providers. *Public Health*, 139, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.007>
- Hensel, J. M., Taylor, V. H., Fung, K., & Vigod, S. N. (2016). Rates of mental illness and addiction among high-cost users of medical services in Ontario. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 61(6), 358-366. <https://doi.org/10.1177/0706743716644764>
- Hsia, R. Y., & Niedzwiecki, M. (2017). Avoidable emergency department visits: a starting point. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(5), 642–645. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx081>
- Hulme, J., Sheikh, H., Xie, E., Gatov, E., Nagamuthu, C., & Kurdyak, P. (2020). Mortality among patients with frequent emergency department use for alcohol-related reasons in Ontario: a population-based cohort study. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 192(47), E1522-E1531. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191730>.
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Xiong Lai, H. M., & 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>
- Huynh, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Ménard, J.-M., & 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>.
- Institut de la Statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale 2012*. Institut de la Statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-statistique-de-la-sante-mentale-des-quebecois-resultats-de-lenquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-sante-mentale-2012-portrait-chiffre.pdf>

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. *ETMIS*, 12(1): 1-83.
- 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>
- 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.
- Jegade, O., Rhee, T. G., Stefanovics, E. A., Zhou, B., & 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, 114720. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114720>
- Laliberté, V., Stergiopoulos, V., Jacob, B., & Kurdyak, P. (2020). Homelessness at discharge and its impact on psychiatric readmission and physician follow-up: a population-based cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(e21), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000052>
- 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., & Small, W. (2022a). 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>
- Lavergne, M. R., Loyal, J. P., Shirmaleki, M., Kaoser, R., Nicholls, T. L., Schütz, C., Vaughn, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaulius, M., Jones, W., & Small, W. (2022b). The relationship between outpatient service use and emergency department visits among people treated for mental and substance use disorders: analysis of population-based administrative data in British Columbia, Canada. *BMC Health Services Research*, 22, 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-022-07759-z>
- Lee, S. J., Crowther, E., Keating, C., & Kulkarni, J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(4), 333–346. <https://doi.org/10.1177/0004867412463975>
- Lowe, D. J. E., Simpkin, E., & George, T. P. (2022). Dual Diagnosis Double the Stigma, Double the Trouble. *Psychiatric Times*, 39(5), 26-27.
- Lowenstein, M., Kilaru, A., Perrone, J., Hemmons, J., Abdel-Rahman, D., Meisel, Z. F., & Delgado, M. K. (2019). Barriers and facilitators for emergency department initiation of buprenorphine: A physician survey. *American Journal of Emergency Medicine*, 37(9), 1787–90. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.02.025>

- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- McCullough, M. H., Small, M., Jayawardena, B., & Hood, S. (2024). Mapping clinical interactions in an Australian tertiary hospital emergency department for patients presenting with risk of suicide or self-harm: Network modeling from observational data. *PLoS Medicine*, 21(1), e1004241. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004241>
- McIntyre, H., Reeves, V., Loughhead, M., Hayes, L., & Procter, N. (2022). Communication pathways from the emergency department to community mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1282-1299. <https://doi.org/10.1111/inm.13024>
- Merrick, T. T., Louie, E., Cleary, M., Molloy, L., Baillie, A., Haber, P., & Morley, K. C. (2022). A systematic review of the perceptions and attitudes of mental health nurses towards alcohol and other drug use in mental health clients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 1373-1389. <https://doi.org/doi:10.1111/inm.13043>
- Miele, A. S., Fleury, M.-J., Zeluff, H., Mendieta, A., Phillips, C., Roth, A., Basello, G., Nienaber, C., Crupi, R., & Brondolo, E. (2023). Driven by need, shaped by access: Heterogeneity in patient profiles and patterns of service utilization in patients with alcohol use disorders. *Drug And Alcohol Dependence*, 246, 109825. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109825>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022, June 29). *Durant l'épisode de soins aigus - A propos*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-durant-l-episode-de-soins-aigus/#unite-hospitalisation-breve>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2023). *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. Ministère de la santé et des services sociaux. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04\\_vgq\\_ch4\\_mai2023\\_web\\_vf.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04_vgq_ch4_mai2023_web_vf.pdf)
- Moe, J., Wang, Y. E., Schull, M. J., Dong, K., McGregor, M. J., Hohl, C. M., Holroyd, B. R., & McGrail, K. M. (2022). Characterizing people with frequent emergency department visits and substance use: a retrospective cohort study of linked administrative data in Ontario, Alberta, and B.C., Canada. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00673-x>
- Morganti, K. G., Bauhoff, S., Blanchard, J. C., Abir, M., Iyer, N., Smith, A., Vesely, J. V., Okeke, E. N., & Kellermann, A. L. (2013). The Evolving Role of Emergency Departments in the United States. *Rand health quarterly*, 3(2), 3.

- Morris, D. W., Ghose, S., Williams, E., Brown, K., & Khan, F. (2018). Evaluating psychiatric readmissions in the emergency department of a large public hospital. *Neuropsychiatric Disease & Treatment*, *14*, 671-679. <https://doi.org/10.2147/NDT.S143004>
- Mullen, J. N., Levitt, A., & Markoulakis, R. (2022). Supporting Individuals with Mental Health and/or Addictions Issues Through Patient Navigation: A Scoping Review. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00982-2>
- Mulvaney-Day, N., Marshall, T., Piscopo, K. D., Korsen, N., Lynch, S., Karnell, L. H., Moran, G. E., Daniels, A. S., & Ghose, S. S. (2018). Screening for Behavioral Health Conditions in Primary Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, *33*(3), 335-346. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4181-0>
- Musey, P.I., Lee, J.A., Hall, C.A., & Kline, J. A. (2018). Anxiety about anxiety: a survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emergency Medicine*, *18*(10), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0161-x>
- National Center for Health Statistics, under authorization by the World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases – Clinical Modifications (ICD-10-CM)*, 10<sup>th</sup> Revision. National Center for Health Statistics.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225)*. NICE.
- O'Brien, A., Leonard, L., & Deering, D. (2012). Could an advance practice nurse improve detection of alcohol misuse in the emergency department? *International Journal of Mental Health Nursing*, *21*(4), 340-348. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00797.x>
- O'Grady, M. A., Neighbors, C. J., Morgenstern, J., Kapoor, S., Kwon, N., Morley, J., Auerbach, M., & 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>
- Olariu, E., Forero, C. G., Castro-Rodriguez, J. I., Rodrigo-Calvo, M. T., Alvarez, P., Martin-Lopez, L. M., Sánchez-Toto, A., Adroher, N. D., Blasco-Cubedo, M. J., Vilagut, G., Fullana, M. A., & Alonso, J. (2015). Detection of anxiety disorders in primary care: A meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depression and Anxiety*, *32*(7), 471–484. <https://doi.org/10.1002/da.22360>
- Orsolini, L., Rojnić Palavra, I., Papanti, G. D., Potočan, M., Quattrone, D., Martens, M., Sklenářová, S., Levola, J., Grichy, L., Naughton, S., Grinevičiene, I. K., Kuiters, J. P., Gondek, T. M., Panfil, A. L., Borovcanin, M. M., San Roman Uria, A., Biskup, E., Sönmez Güngör, E., Casanova Dias, M., Tomori, S., ... Pinto da Costa, M. (2021). Psychiatry Trainees' Attitudes, Knowledge, and Training in Addiction Psychiatry—A European Survey. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 585607. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585607>

- Parkman, T., Neale, J., Day, E., & Drummond, C. (2017). How Do People Who Frequently Attend Emergency Departments for Alcohol-Related Reasons Use, View, and Experience Specialist Addiction Services? *Substance Use & Misuse*, 52(11), 1460-1468. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1285314>
- Pepper, B., Krishner, M. C., & Rylewicz H. (1981). The young adult chronic patient: overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry*, 32(7), 463-469. <https://doi.org/10.1176/ps.32.7.463>.
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & 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>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). *Assessment and Care of Adults at Risk of Suicidal Ideation and Behaviour*. Toronto, ON, Canada. [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour 0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Assessment_and_Care_of_Adults_at_Risk_for_Suicidal_Ideation_and_Behaviour_0.pdf).
- Roberge, P., Normand-Lauzière, F., Raymond, I., Luc, M., Tanguay-Bernard, M. M., Duhoux, A., Bocti, C., & Fournier, L. (2015). Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Family Practice*, 16(146). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0358-y>
- Roberge, P., Hudon, C., Courteau, J., Courteau, M., Dufour, I., & Chiu, Y. M. (2024). Care trajectories of individuals with anxiety disorders: A retrospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 349, 604-616. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.043>
- Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(10), 939-1000.
- Sandahl, M., Lassen, A. T., Stenager, E., & Østervang, C. (2024). Pathways and transitions for patients admitted to an emergency department after self-harming events. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33, 1129-1138. <https://doi.org/10.1111/inm.13314>
- Saraiva, S., Guthrie, E., Walker, A., Trigwell, P., West, R., Shuweidi, F., Crawford, M., Fossey, M., Hewison, J., Murray, C. C., Hulme, C., & House, A. (2020). The nature and activity of liaison mental services in acute hospital settings: a multi-site cross sectional study. *BMC health and services research*, 20(1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05165-x>
- Sather, E. W., Cabral Iversen, V., Folsvik Svindseth, M., Crawford, P., & Vasset, F. (2022). Exploring sustainable care pathways - a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, 1595. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08863-w>
- Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care, special edition integrated care pathways*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.5334/ijic.812>.

- Slankamenac, K., Zehnder, M., Langner, T. O., Krähenmann, K., & Keller, D. I. (2019). Recurrent Emergency Department Users: Two Categories with Different Risk Profiles. *Journal of clinical medicine*, 8(3), 333. <https://doi.org/10.3390/jcm8030333>
- Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide reattempts: a systematic review. *Psychological Medicine*, 51, 2525–2540. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003081>.
- Statistics Canada. (2019). *Mental Health Care Needs*. Statistics Canada, catalogue no.82-625-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-625-x/2019001/article/00011-eng.pdf?st=xnpWCJSt>.
- Statistics Canada. (2023). *Survey on COVID-19 and Mental Health, February to May 2023*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/231212/dq231212c-eng.pdf?st=0u2YvW0I>
- St-Pierre, I., & Lessard, S. (2022). La démarche de soins infirmiers en santé mentale (chap. 6). In: M. C. Townsend, K. I. Morgan, P. Pariseau-Legault, & M.-H. Goulet. *Psychiatrie et santé mentale* (3<sup>rd</sup> Ed.). Pearson ERPI.
- St-Pierre, I., & 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>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57. 2022. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt39443/2021NSDUHFFRRev010323.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP21-07-01-003, NSDUH Series H-56. 2021. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDUHFFRPDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFFR102121.htm>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55. 2020. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR090120.htm>

- Tacbas, M., McGovern, B., & Rodricks, J. (2023). Closing the Gap: The Role of Discharge Nurses in an Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 49(1), 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.09.019>
- Vasiliadis, H.-M., Lamoureux-Lamarche, C., Rochette, L., Levesque, P., Pelletier, É., & Lesage, A. (2018). Consultations médicales et types de services de santé utilisés dans les deux années précédant le suicide auprès des Québécois diagnostiqués avec et sans troubles mentaux et troubles avec utilisation de substances. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 153-173. <https://doi.org/10.7202/1058614ar>
- Volkow, N. D., & Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(2), 203-229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V., & Lépine, J.-P. (2015). Anxiety and Substance Use Disorders: Co-occurrence and Clinical Issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0544-y>
- Wand, T., Collett, G., Cutten, A., Buchanan-Hagen, S., Stack, A., & White, K. (2020). Patient and clinician experiences with an emergency department-based mental health liaison nurse service in a metropolitan setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 1202-1217. <https://doi.org/10.1111/inm.12760>
- Wang, L., Homyra, F., Pearce, L. A., Panagiotoglou, D., McKendry, R., Barrios, R., Mitton, C., & 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>
- White, C. J. (2020). An inevitable response? A lived experienced perspective on emergency responses to mental health crises. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 28(1), 90-93. <https://doi.org/10.1111/jpm.12631>
- Willmann, T. J. (2020). Improving the treatment of patients with dual diagnosis in emergency departments. *Emergency Nurse*, 29(1), 28-33. <https://doi.org/10.7748/en.2020.e2055>
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., Tan de Bibiana, J., Hwang, S., & 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>
- Yule, A. M., & 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>



## Chapitre 6 – Article 2

### Ensuring Continuity of Care for Dual Disorder: Overview of Outpatient Services After Emergency Department Discharge

**Author names:** Isabelle St-Pierre, PhD (c)<sup>a,b,c\*</sup>, and Liette St-Pierre, PhD<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Department of Nursing Sciences, Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme, Québec, Canada; <sup>b</sup>Chaire IRISS, (Interdisciplinary Research and Health Services Intervention Chair), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada; <sup>c</sup>Research Unit Loricorps, Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Montréal, Québec, Canada;

\*Corresponding author : Université du Québec en Outaouais, Department of Nursing Sciences, Saint-Jérôme Campus, 5 Rue St-Joseph, Saint-Jérôme, Québec, Canada, J7Z 0B7; phone: +1-819-450-530-7616 ext 2305; E-mail: Isabelle.A.St-Pierre@uqo.ca

 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9792-3471>

## **Abstract**

Despite several existing outpatient services, individuals with dual disorders make extensive use of the emergency department to try to meet their needs. The objectives of this study were to: (1) describe the outpatient services provided to individuals with dual disorders, and (2) compare these services according to the most frequent discharge diagnoses after leaving the emergency department. The frequent discharge diagnoses have been classified into five groups: suicide attempts, psychotic/agitation symptoms, anxiety/depressive symptoms, suicidal ideation, and substance intoxication or withdrawal symptoms. This retrospective cross-sectional descriptive study took place in four emergency department settings in Québec, Canada. Data from emergency department visits and referrals to outpatient services between May 2015 and April 2016 were collected from the medical records of 150 adults with dual disorders. Results showed a low proportion of referrals to primary care or specialized substance use outpatient services; mention of dual disorder in referrals was also rare. Only 19% of individuals received referrals for both mental health and substance use services, suggesting a potential under-recognition of dual disorders. The distribution of services and referrals differed among the five groups, with individuals presenting for suicide attempts and those expressing suicidal ideations accounting for the lowest and highest proportions, respectively.

## Introduction

Co-occurring mental health disorders (MHD) and substance use disorders (SUD), hereafter referred to as dual disorders, have been a major issue for several years [1]. In Canada, the prevalence of MHD is estimated to be 20% [2], and up to 50% of that subpopulation also has concurrent SUD [3]. The US Department of Health's Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) reported that 7.6% of Americans had a dual disorder in 2021 [4], compared to 6.7% in 2020 [5], and 3.8% in 2019 [6]. Heterogeneous and complex needs characterize individuals with dual disorders [7]. Compared to individuals living with one disorder only, they experience higher levels of bio-psycho-social adversities: poor physical health [8], psychological distress [3], suicidal behavior [9], social isolation [10], financial instability [3], homelessness [10], and history of incarceration [11].

Despite several existing outpatient services, individuals with dual disorders make extensive use of the emergency department (ED) to try to meet their needs [12-14]. However, previous studies have shown that ED can have gaps that hinder the provision of optimal services and continuity of care [15,16]. After medical discharge, follow-ups that are often necessary are not always performed, resulting in gaps in care and services [17-19], as well as unnecessary or otherwise avoidable ED or hospital readmissions [18,20]. When continuity of care is performed, the reason for the follow-up is based on medical diagnoses and not on the person's current needs [21]. Urbanoski et al. [22] showed that 41% of individuals with dual disorders indicated that their needs were not met when using MHD or SUD services, comparatively to 10% for individuals with SUD only and 32% for individuals with MHD only. Considering these findings, the interplay between ED use, perceived needs for care, and service utilization is of interest to better understand care transitions and highlights potential gaps in care management of individuals with dual disorders.

A variety of outpatient services, in both primary and specialty healthcare contexts, is available to individuals with dual disorders. Primary healthcare (PHC) services are commonly

chosen as the initial point of contact because of their relative accessibility [23]. In Canada, PHC services include, inter alia, family PHC services (provided by PHC providers), housing and financial assistance services, psychosocial and mental health services, and substance and smoking cessation services. Some more specific services, like assertive community treatment, are also accessible via PHC services. PHC services encompass substance-use services that focus on preventive measures such as harm reduction, counseling, and screening. Beyond PHC, specialized substance use outpatient services (SSOS) provide specific interventions, including specialized assessment of SUD, risky behaviors, management of withdrawal symptoms, and support for cessation of use [24]. In Canada, the federal government sets the nationwide direction and priorities for MHD and SUD services, but the practical management of these services falls under provincial jurisdiction [25]. Within Québec's provincial healthcare system, the *Guichet d'accès en santé mentale adulte* (GASMA) is the gateway through which PHC (but non-SSOS) MHD and SUD services are accessed. GASMA's mandate is to evaluate the needs of the individual and to direct him or her to the most appropriate service [26]. However, if the individual has multiple needs (e.g., mental health, substance use, physical health), each of these is considered separately rather than being addressed through one integrated intervention [27]. Many concerns have been raised about the effectiveness of this type of system, such as significant delays in accessing services [26], poor integration of services, and difficulty in adequately meeting the individual's needs [26,27]. Reports from individuals served by this type of system echo common concerns: extended waiting times for services access, the frequent need to repeat their needs to different professionals, and challenges in obtaining a comprehensive, integrated response addressing all their needs [28,29]. Faced with these issues, individuals with dual disorders are often seen by many different clinical teams and organizations (ED, mental health, substance use, and psychosocial services, etc.), without effective communication and continuity of care between them.

Continuity of care is defined as a seamless flow of care and services between the different organizations sharing responsibility for service delivery [30,31]. Continuity of care means providing care in a timely manner, involving as few professionals as possible, and according to individuals' current needs [32]. The aim is to improve the quality of healthcare and service

outcomes with enhanced communication pathways and administrative linkage [33]. According to Haggerty et al. [31], three types of continuity exist in the healthcare system: informational, managerial, and relational continuity of care. Many studies have highlighted barriers to continuity of care for individuals with dual disorders. These barriers may be *informational*, i.e., characterized by poorly integrated electronic health records, limited access to administrative databases [34], lack of communication between various services [28], and lack of communication between individuals and healthcare teams about the follow-up and the procedures carried out [35]. They may also be *managerial*, e.g., fragmentation of care and services [19], and no possibility for individuals of influencing decisions about contact persons, treatment, and support [35]. Finally, they may also be *relational*, characterized by the involvement of many different professionals providing poorly coordinated [33] and frequently interrupted services [35]. When asked about the factors that contribute to a positive perception of continuity of care, individuals mention access to services as a priority, and include, for example, visiting a rehabilitation center [36], having a case manager and/or an assigned psychiatrist, and having their income support and housing support needs met [37]. Moreover, individuals who perceive themselves as receiving good continuity of care also report experiencing better quality of life [32,36], better therapeutic alliances with healthcare professionals [35], and better service satisfaction [36].

A large body of literature has examined outpatient services used by individuals with dual disorders [3,11,13,22,38,39]. However, few studies have explored outpatient service use and continuity of care with ED [28,40]. Lavergne et al. [40] examined the relationship between outpatient service use and subsequent ED visits for three groups: individuals with common MHD-only, serious MHD-only, and SUD-only or concurrently with common and/or serious MHD. However, none of the groups specifically characterizes individuals with a dual disorder, and the characteristics of the different outpatient services were not explored. Among the limitations of their study, the authors mentioned that some variables could have been relevant to explore, such as individuals seeking informal and/or private support, receiving psychotherapy or counseling in mental health community centers, and access to housing, social, or economic support [40]. Glowacki et al. [28] performed a qualitative study addressing the care experiences, transition,

and referral pathways of young individuals (12-24 years) with a dual disorder from the ED to youth mental health services. The study focused on the ED care and referral pathways but did not address the characteristics of outpatient services. Moreover, this study was conducted with a youth sample and did not address the perceptions of adults 25 years and older.

Despite an extensive search across multiple databases, including Academic Search Complete, Medline, APA PsycInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, and CINAHL, no previous studies have comprehensively described the broad range of PHC and specialized outpatient services that have been used by individuals with dual disorders. Also, no previous study examined services provided to individuals with dual disorders, according to their specific needs and not just according to their MHD and SUD diagnoses. The main objectives of this study are to (1) describe the outpatient services provided to individuals with dual disorders, and (2) compare these services according to the most frequent diagnoses at ED discharge. This study will provide a comprehensive understanding of the services used by individuals with dual disorders, providing valuable insights to improve quality of care by identifying ways to better meet their needs and enhance the overall continuity of care across PHC and other outpatient services.

## **Methods**

A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted using medical record databases from four general EDs located in urban and semi-urban settings in Québec, Canada. A total of 150 medical records were included. The sampling technique employed was random sampling, ensuring that the selected records were representative of individuals with dual disorders accessing ED services. Each ED is located within a predefined service area, referred to as a local service network (LSN), which is responsible for providing healthcare services to its population. Together, these four LSNs cover a geographical area of 17,000 square kilometers, encompassing diverse population demographics and geographic settings. While one ED is located in a large urban area with approximately 188,000 residents [41], the remaining three are situated in semi-urban areas, accommodating populations ranging from 87,000 to 109,000 residents.

Psychiatric services are provided in the four ED settings, and a psychiatrist is on call in business hours.

The inclusion criteria targeted adults (18 years or older) diagnosed with both a MHD according to DSM-5 [42] and an indicated SUD in their medical record, with at least one ED visit between May 2015 and April 2016 (12-month period). Exclusion of tobacco use as the primary SUD was due to its high prevalence in this population [43]. Additionally, diagnoses such as dementia, Alzheimer's, autism spectrum disorder, and intellectual disability were excluded due to associated cognitive impairments affecting communication and memory. Moreover, these diagnoses have a significant physical health component, and the associated services fall under the physical health department rather than the mental health programs examined in this study. A selective inclusion of individuals with borderline personality disorder occurred based on their heightened rates of ED utilization [44]. As the true prevalence of dual disorders in the study area was unknown, we estimated the prevalence based on the 20% prevalence of mental health disorders in Québec [45] and a meta-analysis of 123 articles, which reported that SUD among individuals with schizophrenia could reach 41.7% [46]. We estimated the true prevalence of dual disorder for our study population to be 8.3% and rounded this to 10% for the sample size calculation. Using Cochran's formula, with a 95% confidence level and a 5% margin of error, this resulted in a required sample size of 138. A random selection of medical records was carried out by archives departments based on the inclusion and exclusion criteria, resulting in a final sample of 150 medical records. [Figure 5.1](#) illustrates the steps taken for sample selection.

## **Variables**

Variable selection was based on three documents: (1) the care pathway for adult mental healthcare, developed by the *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec*, (2) the outpatient service referral form, and (3) the electronic assessment form completed after receiving the referral form. Emphasis was placed on referrals data, as it constitutes a widely employed mechanism to ensure continuity of care between ED

and outpatient services. Verbal referrals made by phone or in person were also included, as their information were recorded in the databases. The Canadian healthcare system is publicly funded by national and provincial governments, ensuring universal access to physical, mental, and psychosocial services without charge. Although some private fee-based services were available, this study focused on public MHD/SUD-related services in PHC, along with SSOS not provided in inpatient services (e.g. detoxification center with or without accommodation, regular follow-ups, and substitution treatments). Additionally, the authors examined PHC services likely to be utilized by individuals with dual disorders, addressing needs including those related to housing, financial, and judicial issues. Referrals from ED, but also from other facilities (e.g. PHC service referring to another MHD/SUD-related service) and self-referrals were examined. Referral for a MHD/SUD-related service could be initiated by any health or social professional, as well as individuals working closely with the person, such as community organizations, judicial agents, or close relatives [48]. Other pathways to access services included Info-Social, a free telephone consultation service managed by social workers who assess needs, provide advice, and respond to questions regarding psychosocial issues [49]. When necessary, they could refer to hospitals, PHC services, or community resources [50]. In each of the four ED settings, an addiction liaison service was available and coordinated by a specialized nurse. This professional was not a member of the emergency care team but was designated to support other healthcare professionals and ease the transition of individuals to outpatient addiction services. She could also conduct substance use assessment and provide other brief interventions such as motivational interviewing and counselling, as highlighted by Blanchette et al. [51]. Since this service could also receive referrals from the ED or any hospitalization unit, this variable was also incorporated into the study. Recognizing the high prevalence of individuals with dual disorders among frequent ED users, data on the number of ED visits were collected, with frequent users defined as those making at least four visits per year [52,53]. Additional socioeconomic and medical factors, grouped into three categories (sociodemographic, medical, and mental health/substance use services), were included as variables ([Table 6.1](#)).

Tableau 6.1. - Variable Categories

| Categories                                    | Variables   |
|---|---|
| Socio-demographic                             | Age, sex, homelessness  |
| Medical                                       | Mental health disorder, substance use disorder, access to psychiatrist, access to primary healthcare caregiver, number of visits at the emergency department, diagnosis at emergency department discharge |
| Mental health/substance use service referrals | Referrer, reason for service referral, decision after referral assessment, intended service, delay before first appointment, referral to addiction liaison service  |

## Data collection

Data about the ED visits and referrals made between May 2015 and April 2016 were collected. Furthermore, data on referrals made between May 2014 and April 2015 were also gathered to see which services were offered before and during the study period. Socio-demographic and medical data were collected from paper medical records, except for one facility, for which *Purkinje* software was used to retrieve data from electronic medical records. MHD/SUD-related services data were retrieved from two organizational electronic databases: (1) *SIC+* from i-CLSC for PHC services and (2) *SIC-SRD* from i-CLSC for SSOS. These databases contained all referral forms received, post-referral assessments (made by GASMA), and notes from subsequent visits with health professionals, if applicable. The unique Quebec healthcare insurance number was used in each database and medical record to ensure the accurate authentication of individuals, and then the data were merged into the data collection table. This number was used to ensure the individual's data linkage of all databases and medical records. For each individual-related medical record, all referral forms made during the study period were checked, regardless of the number of referrals. For example, if 21 referrals were made, information about all the 21 referrals would be checked. Microsoft Excel from Microsoft Office 365 ProPlus (v.16.0.6965.2117) was used to develop a single data collection table and aggregate the information of all the databases and medical records for each individual. Drop-down menus were used for standardization and to minimize the risk of data entry errors. A numeric code was subsequently used to ensure confidentiality.

## Statistical analyses

SPSS (software version 27) was used to perform analyses. Descriptive analyses were performed to calculate frequencies and percentage for categorical variables, while means, medians, and standard deviations were calculated for continuous variables. To address the second objective, the authors extracted the discharge diagnoses from each individual's medical record after leaving the ED. For individuals with multiple ED visits during the study period, all discharge diagnoses were recorded, and the most frequent one was retained. If two diagnoses had the same frequency, the reasons for consultation at triage were reviewed, the diagnosis most consistent with those reasons was selected. Due to the low frequency or similarities between some diagnoses, some have been grouped together, resulting in five different groups: suicide attempts, psychotic/agitation symptoms, anxiety/depressive symptoms, suicidal ideation, and alcohol/drug intoxication or withdrawal symptoms (hereafter referred to as substance abuse symptoms). These groups are in line with other studies identifying the most common diagnoses at ED discharge, and the ICD-10-CM [18,47,54]. The sample was then divided into these five groups, each representing the most frequently perceived need, based on the most frequent diagnosis at ED discharge in each individual's medical record. Bivariate analyses were conducted for comparisons between each variable and the five groups, with the alpha value set at  $p=0.05$ . The chi-square test was used for categorical variables, with Fisher's exact test applied when data did not meet chi-square assumptions. A post-hoc t-test for independent proportions was also performed following the chi-square test or Fisher's exact test to identify statistically significant differences between groups. A one-way independent ANOVA test was used for the age variable, while the Kruskal-Wallis test for independent samples was applied to continuous variables that were not normally distributed. Since the number of ED visits was not normally distributed and contained outliers, Mood's median test was performed. In order to avoid type 1 errors regarding the number of tests between groups, the Bonferroni correction for multiple tests was used.

## Results

[Table 5.2](#) presents the descriptive analyses for age, sex, housing situation, and medical variables. Individuals' ages ranged from 18 to 86. Regarding dual disorders, 48% had more than one MHD and 49% had more than one SUD simultaneously. Most of the individuals (90%) had access to a medical follow-up with a PHC provider or a psychiatrist. In the study period, 62 individuals (41.3%) made 1 to 2 ED visits per year, 60 (40%) made 3 to 6 annual visits, and 28 (18.7%) made 8 to 27 annual visits (mean =  $4.7 \pm 4.8$ ; median = 3).

In the 12-month period, 92 referrals were made to PHC services and 131 to SSOS. The majority of referrals came from hospitals, but about a quarter were self-referrals. After the initial referral assessment, a large proportion of referrals were accepted for individual follow-ups. The mean waiting time before the first appointment for PHC services was  $22.6 \pm 39.1$  days (min-max = 0-179, median = 7.5) and  $2.4 \pm 5.5$  days for SSOS (min-max = 0-26, median = 0). For 18 individuals (12%), some PHC services were already in place when the data collection started and were as follows: PHC mental health service (n=7), PHC substance-use service (n=4), assertive community treatment (n=5), and psychosocial service (n=2). In addition, 21 individuals (14%) already had active SSOS when the data collection started. The characteristics of service referrals are described in [Table 6.2](#).

Tableau 6.2. - Characteristics of service referrals

| Variable                             | Primary healthcare (PHC) services<br>(n = 92)<br>n (%) | Specialized substance use outpatient services (SSOS)<br>(n = 131)<br>n (%) |
|--------------------------------------|--|--|
| Referrer                             |  |  |
| Hospital                             | 34 (37.0)  | 56 (42.7)  |
| Self-referral                        | 25 (27.2)  | 31 (23.7)  |
| Info-social                          | 13 (14.1)  | 0 (0)  |
| Medical office                       | 6 (6.5)  | 0 (0)  |
| Other formal references <sup>a</sup> | 6 (6.5)  | 5 (3.8)  |

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| Close relative                                 | 3 (3.3)   | 0 (0)     |
| SSOS   | 2 (2.2)   | -         |
| Primary care mental health services            | -         | 39 (29.8) |
| Judicial services                              | 2 (2.2)   | 0 (0)     |
| Community resources                            | 1 (1.1)   | 0 (0)     |
| Reason for referral                            |           |           |
| Mental health disorder                         | 32 (34.8) | N/A       |
| Psychosocial                                   | 17 (18.5) | N/A       |
| Substance use disorder                         | 13 (14.1) | N/A       |
| Dual disorder specified in the referral        | 13 (14.1) | N/A       |
| Suicidal ideation                              | 12 (13.0) | N/A       |
| Housing issues                                 | 4 (4.3)   | N/A       |
| Financial issues                               | 1 (1.1)   | N/A       |
| Decision after post-referral assessment        |           |           |
| Accepted                                       | 39 (42.9) | 89 (67.9) |
| Intervention completed and no follow-up        | 29 (31.9) | 6 (4.6)   |
| Referral to an external service <sup>b</sup>   | 13 (14.3) | 2 (1.5)   |
| Referral to a specialized service <sup>c</sup> | 6 (6.6)   | -         |
| Individual's refusal                           | 2 (2.2)   | 33 (25.2) |
| Referral to a primary healthcare service       | 2 (2.2)   | 1 (0.8)   |
| Intended service (n=37)                        |           |           |
| PHC mental health service                      | 16 (40.0) | N/A       |
| Assertive community treatment team             | 9 (22.5)  | N/A       |
| PHC substance use service                      | 7 (17.5)  | N/A       |
| SSOS   | N/A       | 84 (97.7) |
| Psychosocial service                           | 3 (7.5)   | N/A       |
| Physical homecare service                      | 1 (2.5)   | N/A       |
| Unknown  | 1 (2.5)   | 2 (2.3)   |

<sup>a</sup>Other formal references = Any other health or psychosocial professional; <sup>b</sup>Healthcare clinic, private healthcare service, emergency department, community resource; <sup>c</sup>Specialized unknown mental health or substance services.

[Table 6.3](#) presents the characteristics of the individuals across the five diagnostic groups. In 8 out of the 150 medical records, clarity regarding the linkage between diagnoses at ED discharge and mental health/substance use issues was insufficient. The authors decided to

exclude these 8 from bivariate analyses. The sample (n=142) mean age was  $45.5 \pm 14.2$  (range: 18-86), with a predominant male representation (61.3%). There were no significant differences between the groups with respect to the sex variable. The group of individuals who consulted the ED for suicidal ideation had significantly fewer ED visits than the group presenting for psychotic/agitation symptoms and substance abuse symptoms ( $p=0.038$ ). Almost half of the sample (43.0%) were considered frequent users of the ED ( $\geq 4$  visits per year), with the group presenting for suicide attempts having the smallest proportion (16.7%). The majority of the sample had access to a psychiatrist (55.6%) and/or a PHC provider (71.1%). However, a smaller proportion of individuals presenting for substance abuse symptoms had access to a psychiatrist, compared to those presenting with psychotic/agitation symptoms ( $p=0.002$ ). In the 12-month target period, 43 individuals (30.3%) did not have any referrals. Among individuals presenting for suicide attempts that had a referral, all were referred to either PHC or SSOS. None were referred to both, though 66.7% were not referred at all. Individuals presenting for anxiety/depressive symptoms did not receive both referrals, but the majority (77.8%) had either PHC or SSOS referrals. The groups presenting for suicidal ideation and substance abuse symptoms had the highest proportion of individuals with both PHC and SSOS referrals. The average number of PHC service referrals per individual ranged from 0.6 to 1.0 in the study period, with no statistical difference found between the groups. However, the average number of SSOS referrals per individual ranged from 0.9 to 1.9. For individuals presenting for psychotic/agitation symptoms, the average number of referrals was significantly smaller compared to the individuals with substance abuse symptoms ( $p<0.009$ ). The proportion of individuals receiving SSOS referrals also differed significantly between groups; it was notably smaller for the group presenting for psychotic symptoms compared to the group presenting for suicidal ideation.

Tableau 6.3. - Characteristics by groups

| <b>Variables<br/>n (%)</b>   | <b>Total<br/>142 (100)</b> | <b>Suicide<br/>attempts<br/>12 (8.5)</b> | <b>Psychotic<br/>symptoms<br/>66 (46.5)</b> | <b>Anxiety/<br/>depressive<br/>symptoms<br/>9 (6.3)</b> | <b>Suicidal<br/>ideation<br/>28 (19.7)</b> | <b>Substance<br/>abuse<br/>symptoms<br/>27 (19.0)</b> | <b>p-value<br/>(Bonferroni<br/>correction)</b> |
|--|----------------------------|--|---|---|--|---|--|
| Age  |                            |  |   |   |  |   |  |
| Mean ± SD  | 45.5 ± 14.2                | 52.0 ± 14.8 <sup>1,2</sup>               | 40.5 ± 12.7 <sup>1</sup>                    | 48.6 ± 14.8 <sup>1,2</sup>                              | 51.0 ± 14.4 <sup>2</sup>                   | 48.0 ± 13.6 <sup>1,2</sup>                            | 0.002  |
| Min-Max  | 18-86                      | 22-72                                    | 19-63                                       | 29-71   | 18-86                                      | 26-72   |  |
| ED <sup>a</sup> visits for<br>MHD or SUD                               |                            |  |   |   |  |   |  |
| Mean ± S.D.  | 3.4 ± 3.1                  | 2.0 ± 1.2                                | 3.6 ± 3.2                                   | 2.9 ± 1.5   | 2.4 ± 2.2                                  | 4.6 ± 4.2   |  |
| Median   | 2                          | 2 <sup>1,2</sup>                         | 3 <sup>1</sup>                              | 3 <sup>1,2</sup>  | 1.5 <sup>2</sup>                           | 3 <sup>1</sup>  | 0.038  |
| Min-max  | 1-17                       | 1-5                                      | 1-17  | 1-5   | 1-10                                       | 1-17  |  |
| Frequent ED<br>users (≥ 4<br>visits/year)                              | 61 (43.0)                  | 2 (16.7)                                 | 28 (42.4)                                   | 5 (55.6)  | 10 (35.7)                                  | 16 (59.3)   | 0.112  |
| Access to<br>psychiatrist  | 79 (55.6)                  | 7 (58.3) <sup>1,2</sup>                  | 47 (71.2) <sup>2</sup>                      | 5 (55.6) <sup>1,2</sup>                                 | 13 (46.4) <sup>1,2</sup>                   | 7 (25.9) <sup>1</sup>                                 | 0.002  |
| Access to PHC <sup>b</sup><br>provider                                 | 101 (71.1)                 | 8 (66.7)                                 | 44 (66.7)                                   | 8 (88.9)  | 23 (82.1)                                  | 18 (66.7)   | 0.399  |
| Referrals for<br>both outpatient<br>service<br>categories <sup>c</sup> | 27 (19)                    | 0 (0)                                    | 12 (18.2)                                   | 0 (0)   | 8 (28.6)                                   | 7 (25.9)  | 0.111  |

|   |            |                       |                          |                           |                      |                         |        |
|---|------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|--------|
| Either PHC services or SSOS <sup>d</sup>        | 72 (50.7)  | 4 (33.3)              | 28 (42.4)                | 7 (77.8)                  | 18 (64.3)            | 15 (55.6)               | 0.087  |
| No referrals                                    | 43 (30.3)  | 8 (66.7) <sup>1</sup> | 26 (39.4) <sup>1,2</sup> | 2 (22.2) <sup>1,2,3</sup> | 2 (7.1) <sup>3</sup> | 5 (18.5) <sup>2,3</sup> | <0.001 |
| <b>PHC services referrals</b>                   |            |                       |                          |                           |                      |                         |        |
| Mean # of referral / individual ± SD            | 0.8 ± 1.17 | 0.6 ± 0.9             | 0.8 ± 1.2                | 0.9 ± 1.2                 | 0.6 ± 0.9            | 1.0 ± 1.4               | 0.987  |
| Min-max   | 0-5        | 0-2                   | 0-5                      | 0-3                       | 0-4                  | 0-5                     |        |
| n (%)   | 49 (34.5)  | 2 (16.7)              | 25 (37.9)                | 3 (33.3)                  | 10 (35.7)            | 9 (33.3)                | 1.000  |
| PHC referral from hospital (n=49)               | 24 (49)    | 1 (50)                | 13 (52)                  | 1 (33.3)                  | 5 (50)               | 4 (44.4)                | 1.000  |
| Self-referral for PHC services (n=49)           | 19 (38.8)  | 0 (0)                 | 10 (40)                  | 1 (33.3)                  | 4 (40)               | 4 (44.4)                | 0.934  |
| Dual disorder specified in PHC referrals (n=49) | 13 (26.5)  | 1 (50)                | 6 (24)                   | 0 (0)                     | 4 (40)               | 2 (22.2)                | 0.612  |

**Specialized substance use outpatient services referrals (SSOS)**

|  |                 |                              |                            |                              |                              |                            |       |
|--|-----------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------|
| Mean # of referrals / individual $\pm$ SD        | 1.12 $\pm$ 1.15 | 1.0 $\pm$ 1.0 <sup>1,2</sup> | 0.9 $\pm$ 1.1 <sup>1</sup> | 0.9 $\pm$ 1.1 <sup>1,2</sup> | 1.1 $\pm$ 0.6 <sup>1,2</sup> | 1.9 $\pm$ 1.4 <sup>2</sup> | 0.009 |
| Min-max  | 0-5             | 0-2                          | 0-5                        | 0-3                          | 0-3                          | 0-5                        |       |
| n (%)  | 77 (54.2)       | 2 (16.7) <sup>1,2</sup>      | 27 (41.0) <sup>2</sup>     | 4 (44.4) <sup>1,2</sup>      | 24 (85.7) <sup>1</sup>       | 20 (74.1) <sup>1,2</sup>   | 0.005 |
| SSOS referral from hospital (n=77)               | 39 (50.6)       | 1 (50) <sup>1,2</sup>        | 9 (33.3) <sup>2</sup>      | 3 (75) <sup>1,2</sup>        | 11 (45.8) <sup>1,2</sup>     | 15 (75) <sup>1</sup>       | 0.033 |
| Self-referral for SSOS (n=77)                    | 20 (26)         | 0 (0)                        | 7 (25.9)                   | 0 (0)                        | 5 (20.8)                     | 8 (40)                     | 0.435 |
| Referral to the addiction liaison service (n=77) | 64 (83.1)       | 1 (50) <sup>1</sup>          | 19 (70.4) <sup>1,2</sup>   | 4 (100) <sup>1,2</sup>       | 20 (83.3) <sup>1,2</sup>     | 20 (100) <sup>2</sup>      | 0.028 |

<sup>a</sup>ED = Emergency department; <sup>b</sup>PHC = Primary healthcare; <sup>c</sup>Number of individuals who had both PHC service referrals and SSOS referrals in the study period;

<sup>d</sup>SSOS = Specialized substance use outpatient services

Superscripts indicate significant differences at  $p < 0.05$

## **Discussion**

This study aimed to (1) describe outpatient services provided to individuals with dual disorders, ensuring continuity of care and addressing their needs, and (2) compare these services according to the most frequent diagnoses at ED discharge. Key findings indicate (1) a low number of referrals, (2) a small proportion of referrals explicitly mentioning a dual disorder, and (3) variability in services and referrals across the five groups. These results align with existing literature on demographic and MHD/SUD categories, echoing the heterogeneity and complexity characterizing individuals with dual disorders [11,55,56]. The sample exhibits different combinations of MHD and SUD, often featuring multiple simultaneous disorders. This heterogeneity is also observed across the five groups in terms of dual disorder prevalence, sex, and age.

### **Outpatient services and characteristics of referrals**

For the 12-month study period, 92 PHC service and 131 SSOS referrals were made, which appears very low, considering that almost half of study population made at least four visits to the ED. One reason could be that some individuals already had active follow-ups before the data collection. However, only 12% had active follow-ups with PHC services and 14% with SSOS. Some individuals particularly for SSOS [57], may have declined the referral, but, on the other hand, roughly one quarter of sample consisted of self-referrals. These results highlight a demand for services not readily available elsewhere. Interestingly, no referrals originated from PHC caregivers or Info-social to SSOS, and only a small proportion came from community resources. However, no studies were found to compare the referral rate of community resources. A study from Hodgkin et al. [57] showed that following a positive screening for drug use administered by a health professional, including family physicians, only 23% of the sample received a referral for SSOS, and 66% received no recommendation for follow-up in PHC. Still according to Hodgkin et al. [57], it is possible that some health professionals opt not to refer individuals if they perceive the substance use as not problematic enough to justify intervention.

Among the reasons for referral, only 14.1% (13 individuals) explicitly mentioned a dual disorder, which seems notably low considering that all individuals in the sample had a dual disorder. This absence is particularly surprising for individuals with anxiety/depressive symptoms, where dual disorder was never specified. This could be due, in large part, to the under-recognition of dual disorders or the fact that health professionals only indicated the main problem in the referral form. Various factors may contribute to the under-recognition or underscreening of dual disorders, including lack of knowledge or training among health professionals [29], dual disorders being perceived as outside the scope of their practice [29], stigma [58], lack of self-confidence [59], or lack of time [60]. The diagnosis challenges [61,62] and systemic barriers like services' fragmentation, healthcare accessibility [61,62], cultural barriers, and inappropriate screening tools [63] are other factors that may contribute to under-recognition of the dual disorder. It is important to note that in the present study, there is no specific code in the PHC services and SSOS databases to record dual disorders. This finding illustrates an informational barrier [31] hindering the adequate continuity of care for individuals with dual disorders.

### **Referrals and services among the five groups**

Among the 142 individuals included in the bivariate analyses, 43.0% visited the ED at least four times in the study period, aligning with existing literature that indicates frequent ED utilization in this population [12-14]. Only a small proportion had had a PHC service referral (34.5%), but more than half had at least one SSOS referral during the year. As more than half of the sample had access to a psychiatrist and/or PHC provider, it is possible that individuals had been informally referred to these professionals. However, the high proportion of individuals frequently using the ED and the low proportion of referrals suggest a weak continuity of care towards outpatient services, a trend also observed in other studies [18,19,64,65]. Moreover, only 19% had referrals for both PHC services and SSOS, which may suggest that the majority of individuals did not receive MHD and SUD services simultaneously, creating gaps in the coordination and integration of services for people with dual disorders. Interestingly, a referral was made to the addiction liaison service in 83.1% of ED visits, enabling individual assessments and facilitating liaison with SSOS following discharge from the ED. This positive finding

underscores the significant role of addiction liaison service in enhancing access to care and improving continuity of care [51,66,67]. Mental health liaison service and social service, both equipped with expertise in supporting individuals with dual disorders, were also available in the ED. While it would have been interesting to explore the frequency of contact or involvement of these services, this information was not available in the databases.

The characterization of the five groups shows both similarities and several differences. Groups with few ED visits include those who presented for suicide attempts or suicidal ideation. It is relevant to mention that, during the study period, five individuals died, with three of them by suicide. All had previously visited the ED for suicide attempts or suicidal ideation. Additionally, the results highlight that no self-referral was recorded for individuals presenting for suicide attempts. Vasiliadis et al. [68] showed that people who died by suicide and had MHD and/or SUD were less likely to seek help, and when they did, it was more often in the ED. Therefore, ED could be a strategic place to intervene with this population. Surprisingly, unlike individuals who presented for suicidal ideation, a large proportion of those presenting for suicide attempts (66.7%) had no referrals to PHC or SSOS services during the target period, and of those who did, none had referrals for both PHC services and SSOS. This was also the group with the fewest referrals to SSOS (16.7%). Upon arriving at the ED, individuals who have attempted suicide frequently require immediate physical care, a need not necessarily shared by those who visit the ED for suicidal ideation. The urgency of the situation may create a barrier to further assessment and referral in these cases. After stabilization, or if the individual is hospitalized, it may be possible to initiate steps for follow-up care, without delaying discharge. A recent meta-analysis [69] of suicide rates following psychiatric hospitalization discharges from estimated a high rate of 2950 and 2060 suicides per 100,000 person years in the first week and the first month post-discharge respectively, representing around 200 times the global suicide rate in the Americas [70]. Early follow-up after ED or hospitalization discharge could be effective in reducing suicide reattempt risks [71] and is one of the most prioritized suicide prevention guideline recommendations [72,73].

Compared to other groups, relatively fewer individuals (n=9) visited the ED for anxiety/depressive symptoms. This result is surprising, given that several studies have reported anxiety and depressive symptoms as among the most frequent reasons for psychiatric issues [18,74]. One possible explanation is that, in many cases, the reason for the ED consultation may be linked to anxiety symptoms, but simultaneous presence of substance abuse symptoms or other physical issues might mimic anxiety symptoms, leading to alternative diagnoses such as substance abuse [75] or chest pain [76]. Regarding referrals, more than three quarters of those presenting for anxiety or depressive symptoms had either PHC or SSOS referrals, but like individuals presenting for suicide attempts, none had both referrals, and dual disorder was never specified in any of them. As previously mentioned, several factors may contribute to under-recognition of dual disorder, and many studies highlighted these factors [29,59-63].

The two groups with the most ED visits were those presenting with psychotic/agitation symptoms and substance abuse symptoms, as it was the case in several other studies [18,40,53,77]. However, a significant difference between the two groups is the proportion of people with access to a psychiatrist outside of the ED and hospitalization period: 71.2% of individuals presenting with psychotic/agitation symptoms and 25.9% for those with substance abuse symptoms. These results are in line with a recent study of Lavergne et al. [40] who found that 24.3% of patients with SUD had outpatient follow-up with a psychiatrist. They also showed that having one or more outpatient psychiatrist visits is associated with both lower odds of any ED visit and a lower count of ED visits. These results highlight the significant role that psychiatrists could play in the management of SUD. However, even though SUD is part of the mental health field, it is often perceived as different from other mental health conditions [78] and as “a problem” to be managed outside mental health services [78-80]. In Canada, MHD and SUD management have been developed separately, and psychiatrists are usually less involved in the management of SUD [7,40]. Several studies also report a lack of training for physicians and other mental healthcare professionals resulting in a lack of confidence that they have the basic skills required/requested to properly deliver interventions related to SUD [59,78,79].

Results reporting referrals for individuals who presented with substance abuse symptoms show that 81.5% had PHC services, SSOS, or both referrals and only 18.5% had none. In addition, there were notable proportions of SSOS referrals from hospitals and interventions by the addiction liaison service, indicating the ED commitment and motivation to ensure continuity of care for this group. Nevertheless, this group exhibited the highest rate of self-referrals for both PHC services (44.4%) and SSOS (40%), as along with the highest rate of frequent ED usage (59.3%). These results suggest the presence of the revolving door phenomenon [81,82]. Despite the dedicated efforts of caregivers and services, the needs of individuals in this group often remain unmet [38]. Several studies point to factors such as a lack of motivation among individuals to engage in care [83], or a denial of their health situation [84]. It is also recognized that motivation can decrease when individuals face of long waiting times between referral and the first appointment [28,84]. Addressing behavior change and motivation shortly after ED visits can increase the likelihood of better engagement in care and maintain adherence to services [85-87].

## **Strengths and limitations**

This study has several strengths, despite its modest sample size, as it draws from medical records across multiple healthcare facilities, capturing a diverse group with various combinations of MHD and SUD, thereby ensuring population heterogeneity. In Québec, there is currently no integrated information system providing a comprehensive overview of all mental health and substance use services received by an individual [88], making this study the first to offer insight into a wide array of outpatient services utilized by individuals with dual disorders, extending beyond traditional medical services. An additional strength lies in the unique approach of examining services based on the most frequent diagnoses at ED discharge, rather than solely relying on MHD and SUD diagnoses. This study delves into previously unexplored variables, such as individuals seeking informal support, utilization of mental health community resources, and support for housing, social, or financial issues. However, certain limitations should also be acknowledged. The data collection was limited to a single year, which may have resulted in missing variations in the reasons for visits across different years. Additionally, excluding diagnoses

such as dementia, Alzheimer's, autism spectrum disorder, and intellectual disability from data collection may reduce the generalizability of our findings, especially in regions or countries that do not have specialized services for these populations or where these services are part of mental health departments. This study predates the COVID-19 pandemic, and the significant increase in mental health symptoms observed post-pandemic, particularly for anxiety and depressive disorders, may result in different outcomes if the study was conducted today [89]. Additionally, while there is evidence of an increased mental health burden since the pandemic, recent studies suggest that there has not been a corresponding rise in emergency room visits related to mental health issues [90] or psychiatric consultations in outpatient mental health services [91]. The study explored the implication of the addiction liaison service but did not examine the implication of other mental health services at the ED (e.g. mental health liaison, social, and psychological services) due to the unavailability of data concerning these services. Additionally, the administrative databases used lacked important data on variables such as education, social support, marital status, income, and occupation, which are known contributors to frequent health service utilization.

## **Implications for Health Services**

The results of this study highlight that people who have dual disorders and use EDs have many complex needs and may frequently be discharged from the ED without adequate continuity of care across PHC and SSOS services. This study also shows that factors other than dual disorders, centered on the needs of the individual, must be considered in the referral processes (e.g. financial and housing issues, suicidal ideation, criminal justice issues). There are many opportunities for improvement, some of which could be applied in both ED and PHC (e.g., by PHC providers) contexts. Screening for dual disorder, especially for individuals presenting for suicide attempts, is definitely a priority intervention. Screening should be accompanied by an assessment of the individual's bio-psycho-social needs [21,28] and a physical assessment for those presenting to the ED for mental health issues [28,92]. Increasing the involvement of mental health and addiction liaison services, as well as social services, in screening, assessment, counseling, and rapid follow-ups during the transition period between inpatient or ED settings and outpatient

services would be a valuable improvement opportunity. In accordance with the literature highlighting individuals' lack of motivation or commitment to care [61,83], various strategies are recommended to optimize engagement. These include educational and counseling interventions addressing dual disorders and related psychosocial factors [93], the development of trusting relationships with specific professionals or teams acting as a "bridge" to other services [29,33,93], rapid follow-up after ED discharge and extended follow-up periods [33,64,93]. Additional strategies involve providing information about available outpatient services [28,33,84], referral to discussion groups or individual psychosocial interventions [93], connecting with community resources [29] and peers [36,84], and, most importantly, instilling encouragement regarding the possibility of recovery [19,33].

The acknowledgment of health professionals' lack of knowledge and discomfort or unfamiliarity with dual disorder screening and management highlights the need to facilitate access to training across various aspects, including screening, assessment, tools, and related psychosocial factors [29,61]. Online training stands out as an easily accessible tool for knowledge enhancement [94]. In addition, several proven-effective screening tools could be distributed to stakeholders or made available on a website (e.g. WB-DAT, ASSIST) [95]. Creating an online platform with a regional directory of community resources could assist caregivers in identifying available services and streamline the sharing of information with individuals. In recent years, technological tools known as community resource referral systems have emerged [96]. These platforms include a social needs screening tool, an electronic community resource directory, and a technology-facilitated referral system, to address individuals' health and social needs more efficiently while enhancing the tracking of patients' access to services across settings [96]. These platforms are often linked with electronic health records systems in healthcare settings. While they offer numerous benefits, such as improvements in patient engagement, resource information, follow-up, communication, and continuity of care [97-99], major reported barriers include the cost of the platform license and readiness of health organizations to adopt and use it [96].

Finally, provision of integrated services for individuals with dual disorders, preferably by a single team of clinicians, providing both mental health and substance use treatments in a coordinated manner, have shown superior effectiveness and have been designated as the gold standard [7,21,100]. Regrettably, achieving a high level of integration remains challenging; however, various models of integration that enhance continuity of care can still yield effective results (e.g. assertive community treatment, collaborative case management) [21,63]. Some initiatives in Canada have demonstrated positive results in reducing the number of ED visits, decreasing substance use, and improving MHD symptoms and treatment retention [101,102]. It is important to keep in mind that there is no “one-size-fits-all” solution to develop mental health and substance use services and that no single service delivery model will meet the needs of all community. The most important consideration is that dual disorder management should be addressed by a team of professionals, such as social workers, psychologists, medical providers, and mental health and addiction nurses, who are determined to work closely with community and social organizations to provide the best possible support, according to the individual's needs.

## **Acknowledgments**

The authors would like to thank the Interdisciplinary Research and Health Services Intervention Chair for invaluable research support. Special thanks to Ryan Kipp and Isabelle Savard for their meticulous proofreading, to the *Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec* for providing access to medical records, to Marie-Claude Bonneville for her dedicated support in data collection, and finally to Marie-Christine Stafford from Numea for her expert guidance in statistical analyses and consulting services.

## **Author's contribution**

All authors contributed to the study conception and design. Material preparation, data collection and analyses were performed by Isabelle St-Pierre and Liette St-Pierre. The first draft of the manuscript was written by Isabelle St-Pierre and all authors read and approved the manuscript.

## Funding

This work was supported by the Interdisciplinary Research and Health Services Intervention Chair, the Réseau de recherche portant sur les interventions en sciences infirmières du Québec, and the Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec.

**Data availability:** The data that support the findings of this study are not openly available due to reasons of sensitivity and are available from the corresponding author upon reasonable request and with permission from the Interdisciplinary Research and Health Services Intervention Chair.

**Code availability:** Not applicable

## Declarations

### Ethics approval

This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Research Ethics Board of the *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec* (CIUSSSMCQ) (CÉRC-2016-027). Since the study used data from medical records, the ethics committee approved the research without requiring the consent of the people whose information was involved [103]. Reporting of the study followed the RECORD guidelines for observational studies [104].

### Competing interests

The authors declare no competing interests.

## References

1. Pepper B, Krishner MC, Ryglewicz H. The young adult chronic patient: overview of a population. *Hosp Community Psychiatry*. 1981;32(7):463–469. <https://doi.org/10.1176/ps.32.7.463>.
2. Statistics Canada. Mental Health Care Needs. Statistics Canada. Catalogue no.82-625-X. 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-625-x/2019001/article/00011-eng.pdf?st=xnpWCJSt>. Accessed 8 Nov 2023.
3. Khan S. Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. *Statistique Canada*, no 82-003-X. 2017;28(8):3-9. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.htm>. Accessed 8 Nov 2023.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57. 2022. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt39443/2021NSDUHFFRRev010323.pdf>. Accessed 8 Nov 2023.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP21-07-01-003, NSDUH Series H-56. 2021. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDUHFFRPDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFFR102121.htm>. Accessed 8 Nov 2023.
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55. 2020. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR090120.htm>. Accessed 8 Nov 2023.
7. Hakobyan S, Vazirian S, Lee-Cheong S, et al. Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *J Clin Med*. 2020;9(8):2406. <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>.
8. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, et al. Profiles Associated Respectively with Substance Dependence Only, Mental Disorders Only and Co-occurring Disorders. *Psychiatr Q*. 2015;86:355-371. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9335-1>.
9. Fleury MJ, Cao Z, Armoon B, et al. Profiles of patients using emergency departments or hospitalized for suicidal behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2022;52(5):943-962. <https://doi.org/10.1111/sltb.12892>.
10. Huynh C, Ferland F, Blanchette-Martin N, et al. Factors influencing the frequency of emergency department utilization by individuals with substance use disorders. *Psychiatr Q*. 2016;87(4):713-728. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9422-6>.

11. Jegede O, Rhee TG, Stefanovics EA, et al. Rates and correlates of dual diagnosis among adults with psychiatric and substance use disorders in a nationally representative U.S sample. *Psychiatr Res.* 2022;315:114720. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114720>.
12. Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R, et al. Acute care utilization and its associated determinants among patients with substance-related disorders: A worldwide systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2023;30(6):1096-1113. <https://doi.org/10.1111/jpm.12936>.
13. Graham K, Cheng J, Bernardis S, et al. How Much Do Mental Health and Substance Use/Addiction Affect Use of General Medical Services? Extent of Use, Reason for Use, and Associated Costs. *Can J Psychiatry.* 2017;62(1):48-56. <https://doi.org/10.1177/0706743716664884>.
14. Hensel JM, Taylor VH, Fung K, et al. Rates of mental illness and addiction among high-cost users of medical services in Ontario. *Canadian J Psychiatry.* 2016;61(6):358-366. <https://doi.org/10.1177/0706743716644764>.
15. McIntyre H, Reeves V, Loughhead M, et al. Communication pathways from the emergency department to community mental health services: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs.* 2022;31(6):1282-1299. <https://doi.org/10.1111/inm.13024>.
16. White CJ. An inevitable response? A lived experienced perspective on emergency responses to mental health crises. *J Psychiatr Ment Health Nur.* 2021;28(1):90-93. <https://doi.org/10.1111/jpm.12631>.
17. Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux. Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. *ETMIS.* 2016;12(1) :1-83.
18. Lavergne MR, Shirmaleki M, Loyal JP, et al. Emergency department use for mental and substance use disorders: descriptive analysis of population-based, linked administrative data in British Columbia, Canada. *BMJ Open.* 2022;12(1):e057072. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057072>.
19. Sather EW, Cabral Iversen V, Folsvik Svindseth M, et al. Exploring sustainable care pathways - a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2022;22:1595. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08863-w>.
20. Morris DW, Ghose S, Williams E, et al. Evaluating psychiatric readmissions in the emergency department of a large public hospital. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:671-679. <https://doi.org/10.2147/NDT.S143004>.
21. Fantuzzi C, Mezzina R. Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(3):300-310. <https://doi.org/10.1177/0020764019899975>.
22. Urbanoski KA, Inglis D, Veldhuizen S. Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. *Can J Psychiatry.* 2017;62(8):551-559. <https://doi.org/10.1177/0706743717714467>.
23. World Health Organization. Primary Care. World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>. Accessed 29 June 2023.
24. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). [Interministerial Action Plan on Addiction 2018-2028]. Ministère de la santé et des services sociaux. 2018.

- <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>. Accessed 13 Nov 2023. French.
25. Breton M, Hudon C. [The first wave of COVID-19 in Quebec and primary care]. *Rev Med Suisse*. 2020;16:2131–2134. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2020.16.713.2131>. French.
  26. Ministère de la santé et des services sociaux. [Assessment of the 2005-2010 Mental Health Action Plan Implementation: Strengthening Connections]. Ministère de la santé et des services sociaux. 2012. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2267632?docref=tBaWI98D96i52r5CJcsj9g>. Accessed 13 Nov 2023. French.
  27. Roy M, Dagenais P, Pinsonneault L, et al. Better care through an optimized mental health services continuum: A systematic and multisource literature review. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(1):e111-e130. <https://doi.org/10.1002/hpm.2687>.
  28. Glowacki K, Whyte M, Weinstein J, et al. 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 Serv Res*. 2022;22(1):1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07990-8>.
  29. Ross LE, Vigod S, Wishart J, et al. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>.
  30. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*. 1981;138:1449–1456. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.11.1449>.
  31. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ (Clin Res Ed)*. 2003;327(7425):1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
  32. Puntis S, Rugkasa J, Forrest A, et al. Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):354-363. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400178>.
  33. Poremski D, Harris DW, Kahan D, et al. Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;40:55-59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.01.004>.
  34. Hewner S, Sullivan SS, Yu G. Reducing emergency room visits and in-hospitalizations by implementing best practice for transitional care using innovative technology and big data. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018;15(3):170-177. <https://doi.org/10.1111/wvn.12286>.
  35. Biringer E, Hartveit M, Sundfør B, et al. Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>.
  36. Loranger C, Fleury M-J. Factors Associated with Perceived Continuity of Care Among Patients Suffering from Mental Disorders. *Community Ment Health J*. 2020;56(4):670-679. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00528-z>.
  37. Currie LB, Patterson ML, Moniruzzaman A, et al. Continuity of Care among People Experiencing Homelessness and Mental Illness: Does Community Follow-up Reduce Rehospitalization? *Health Serv Res*. 2018;53(5):3400-3415. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12992>.

38. Đào GJ, Brunelle C, Speed D. Impact of Substance Use and Mental Health Comorbidity on Health Care Access in Canada. *J Dual Diagn.* 2019;15(4):260-269. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1634856>.
39. Kedote MN, Brousselle A, Champagne F. Use of health care services by patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Ment Health Subst Use.* 2008;1(3):216-227. <https://doi.org/10.1080/17523280802274886>.
40. Lavergne MR, Loyal JP, Shirmaleki M, et al. The relationship between outpatient service use and emergency department visits among people treated for mental and substance use disorders: analysis of population-based administrative data in British Columbia, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2022;22:1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07759-z>.
41. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. [Health Profile of Mauricie and Centre-du-Québec]. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2021. <https://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/documentation/portrait-de-la-population/portrait-de-sante/>. Accessed 9 Jan 2024. French.
42. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
43. National Institute on Drug Abuse. *Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes Research Report*. National Institute on Drug Abuse. 2023. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes>. Accessed 8 Oct 2023.
44. Matusiewicz AK, Bornovalova MA, Limbrunner HM. Chapter 21, Borderline personality disorder. In: Grossman L, Walfish S, editors. *Translating psychological research into practice*. New York, NY: Springer Publishing Co; 2014. pp. 153-158.
45. Institut de la Statistique du Québec. [Statistical Overview of Quebecers' Mental Health: Findings from the 2012 Canadian Community Health Survey on Mental Health]. Québec, Qc : Institut de la Statistique du Québec. 2015. French.
46. Hunt GE, Large MM, Cleary, M et al. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018;191:234-258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>.
47. National Center for Health Statistics, under authorization by the World Health Organization. *International Classification of Diseases – Clinical Modifications (ICD-10-CM)*. 10<sup>th</sup> Revision. United States: National Center for Health Statistics. 2019.
48. Ministère de la santé et des services sociaux. [Quebec Mental Health Access Mechanism - Reference Guide for Health and Social Service Institutions]. Montréal, Québec: Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. 2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>. Accessed 13 Nov 2023. French.
49. Gouvernement of Québec. Info-social 811. Montréal, Qc: Government of Québec. 2020. <https://www.quebec.ca/en/health/finding-a-resource/info-social-811>. Accessed 13 Nov 2023.

50. Bourque M, Grenier J, Pelland D, et al. L'action communautaire autonome, mouvance des contextes, place et autonomie des acteurs : quelles perspectives ? *Sciences & Actions Sociales*. 2016;4 :31-50. <https://doi.org/10.3917/sas.004.0031>.
51. Blanchette-Martin N, Tremblay J, Ferland F, et al. Co-location of Addiction Liaison Nurses in Three Quebec City Emergency Departments: Portrait of Services, Patients, and Treatment Trajectories. *Can J Addict*. 2016;7(3):34-40. <https://doi.org/10.1097/02024458-201609000-00006>.
52. Fleury MJ, Fortin M, Rochette L, et al. Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization. *BMC Emerg Med*. 2019;19(1):1-15. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0223-8>.
53. Moe J, Wang, YE, Schull MJ, et al. Characterizing people with frequent emergency department visits and substance use: a retrospective cohort study of linked administrative data in Ontario, Alberta, and B.C., Canada. *BMC Emerg Med*. 2022;22(1):1-18. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00673-x>.
54. Xi W, Banerjee S, Penfold RB, et al. Healthcare utilization among patients with psychiatric hospitalization admitted through the emergency department: A claims-based study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;67:92-99. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.10.001>.
55. Castaño Pérez GA, Rojas Bernal LA, Bareño Silva J, et al. Sociodemographic and clinical factors associated with dual disorders in a psychiatric hospital. *Salud Mental*. 2017;40(6):279-90. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.036>.
56. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, et al. Typology of patients who use emergency departments for mental and substance use disorders. *BJPsych Open*. 2020;6(e59):1-8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.39>.
57. Hodgkin D, Gao W, Larson MJ, et al. Referral to Treatment After Positive Screens for Unhealthy Drug Use in an Outpatient Veterans Administration Setting. *J Addict Med*. 2020;14(3):236-43. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000567>.
58. Balhara Y, Parmar A, Sarkar S, Verma R. Stigma in dual diagnosis: A narrative review. *Indian J Soc Psychiatry*. 2016;32:128-33. <https://doi.org/10.4103/0971-9962.181093>.
59. Anandan R, Cross W, Olasoji M. Mental Health Nurses' Attitudes towards Consumers with co-Existing Mental Health and Drug and Alcohol Problems: A Scoping Review. *Issues Ment Health Nurs*. 2021;42(4):346-57. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1806964>.
60. O'Grady MA, Neighbors CJ, Morgenstern J, et al. Substance use screening and brief intervention: Evaluation of patient and implementation differences between primary care and emergency department settings. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(3):441-47. <https://doi.org/10.1111/jep.13060>.
61. Priester MA, Browne T, Iachini A, et al. Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *J Subst Abuse Treat*. 2016;61:47-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>.
62. Iudici A, Girolimetto R, Volponi G et al. Dual Diagnosis and Application Problems in the Use of the Construct: A Review of Literature. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208(3):181-189. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001092>.

63. Mental Health Commission of Canada, Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Substance Use Health Service Provision : Emerging Themes from the Academic Literature – Scoping Review 2018-2021. Ottawa, Ontario: Mental Health Commission of Canada and Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2023.
64. Fleury MJ, Gentil L, Grenier G, et al. The Impact of 90-day Physician Follow-up Care on the Risk of Readmission Following a Psychiatric Hospitalization. *Adm Policy Ment Health*. 2022;49:1047-59. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01216-z>.
65. Gabet M, Cao Z, Fleury MJ. Profiles, Correlates and Outcomes Among Patients Experiencing an Onset of Mental Disorder Based on Outpatient Care Received Following Index Emergency Department Visits. *Can J Psychiatry*. 2022;67(10):787-801. <https://doi.org/10.1177/07067437221087004>.
66. St-Pierre IA, Lessard S. Chapter 6, La démarche de soins infirmiers en santé mentale. In: Pariseau-Legault P, Goulet MH, Townsend MC, Morgan, KL, editors. *Soins infirmiers – Psychiatrie et santé mentale*, Third Edition. Montréal, Qc: Éditions du Renouveau pédagogique; 2022. pp.123-147.
67. Elphinston RA, Wyder M, DE Andrade D, et al. Impact of a new specialist alcohol and drug brief intervention service model integrated into the emergency department: An interrupted time series analysis. *Emerg Med Australas*. 2021;33(1):67-73. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13582>.
68. Vasiliadis HM, Lamoureux-Lamarche C, Rochette L, et al. Consultations médicales et types de services de santé utilisés dans les deux années précédant le suicide auprès des Québécois diagnostiqués avec et sans troubles mentaux et troubles avec utilisation de substances. *Sante Ment Queb*. 2018;43(2):153-73. <https://doi.org/10.7202/1058614ar>.
69. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, et al. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation *BMJ Open*. 2019;9:e023883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>.
70. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019. World Health Organization. 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>. Accessed 15 Nov 2023.
71. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32-41. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000158>.
72. Centre of Addiction and Mental Health. Suicide Prevention: A Review and Policy Recommendations. Centre of Addiction and Mental Health. 2020. <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/suicide-prevention-review-and-policy-recommendations-pdf.pdf>. Accessed 15 Nov 2023.
73. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225)*. NICE. 2022. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/resources/selfharm-assessment-management-and-preventing-recurrence-pdf-66143837346757>. Accessed 15 Nov 2023.
74. Eseaton PO, Oladunjoye AF, Anugwom G, et al. Most common reasons for emergency department presentation among patients with psychiatric disorders: A United States

- nationwide analysis. *J Affect Disord.* 2023;331:145-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.041>.
75. Blaney D, Jackson AK, Toy O, et al. Substance-Induced Anxiety and Co-occurring Anxiety Disorders. In: Donovan AL, Bird SA. editors. *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient. Current Clinical Psychiatry.* Totowa, NJ: Humana; 2019. pp. 125-144.
  76. Musey Jr PI, Lee JA, Hall CA, et al. Anxiety about anxiety: a survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emerg Med.* 2018;18(10):1-7. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0161-x>.
  77. Lecomte T, Giguère CE, Cloutier B, et al. Comorbidity Profiles of Psychotic Patients in Emergency Psychiatry. *J Dual Diagn.* 2020;16(2):260-70. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1713425>.
  78. Orsolini L, Rojnić Palavra I, Papanti GD, et al. Psychiatry Trainees' Attitudes, Knowledge, and Training in Addiction Psychiatry-A European Survey. *Front Psychiatry.* 2021;11:585607. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585607>.
  79. Merrick TT, Louie E, Cleary M, et al. A systematic review of the perceptions and attitudes of mental health nurses towards alcohol and other drug use in mental health clients. *Int J Ment Health Nurs.* 2022;31:1373-89. <https://doi.org/10.1111/inm.13043>.
  80. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, et al. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013;131(1-2):23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
  81. Fonseca Barbosa J, Gama Marques J. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry.* 2023;69(5)1075-1089. <https://doi.org/10.1177/00207640221143282>.
  82. National Institute for Occupational Safety and Health. "Revolving Door" Syndrome. Washington, DC: National Institute for Occupational Safety and Health. 2020. [https://www.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit3\\_11](https://www.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit3_11). Accessed 15 Nov 2023.
  83. Lowenstein M, Kilaru A, Perrone J, et al. Barriers and facilitators for emergency department initiation of buprenorphine: A physician survey. *Am J Emerg Med.* 2019;37(9):1787-1790. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.02.025>.
  84. Motta-Ochoa R, Bertrand K, Flores-Aranda J, et al. A Qualitative Study of Addiction Help-Seeking in People with Different Co-occurring Mental Disorders and Substance Use Problems. *Int J Ment Health Addict.* 2017;15(4):883-99. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9762-y>.
  85. Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, et al. Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *West J Emerg Med.* 2017;18(6):1143-52. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>.
  86. Dunkley CA, Carpenter JE, Murray BP, et al. Retrospective Review of a Novel Approach to Buprenorphine Induction in the Emergency Department. *J Emerg Med.* 2019;57(2):181-186. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.03.029>.
  87. Hawk K, D'Onofrio G. Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract.* 2018;13(18):1-6. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0117-1>.

88. Ministère de la santé et des services sociaux. [Access to Health Care and Social Services: Performance Indicators Audit. Report of the Auditor General of Quebec to the National Assembly for 2020-2021]. Ministère de la santé et des services sociaux. 2020. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq\\_ch03\\_sante\\_web.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf). Accessed 15 Nov 2023. French.
89. Statistics Canada. Survey on COVID-19 and Mental Health, February to May 2023. Statistics Canada. 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/231212/dq231212c-eng.pdf?st=0u2YvW0l>. Accessed 11 Sep 2024.
90. Bruckner TA, Huo S, Huynh M, et al. Psychiatric Emergencies in Los Angeles County During, and After, Initial COVID-19 Societal Restrictions: An Interrupted Time-Series Analysis. *Community Ment Health J.* 2023;59(4):622-630. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01043-4>.
91. Caselli I, Ielmini M, Bellini A, et al. The Impact of Covid-19 Pandemic on Mental Health Services: A Comparison Between First Psychiatric Consultations Before and After the Pandemic. *Clin Neuropsychiatry.* 2023;20(4):233-239. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230402>.
92. Chennapan K, Mullinax S, Anderson E, et al. Medical Screening of Mental Health Patients in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Emerg Med.* 2018;55(6):799-812. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.09.014>.
93. Ashcroft, R, Menear, M, Greenblatt, A, et al. Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. *Health Expect.* 2021;24:1168–1177. <https://doi.org/10.1111/hex.13242>.
94. Chicoine G, Côté J, Pepin J, et al. Experiences and perceptions of nurses participating in an interprofessional, videoconference-based educational programme on concurrent mental health and substance use disorders: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2022;21(1):1-24. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00943-w>.
95. Mulvaney-Day N, Marshall T, Piscopo KD, et al. Screening for Behavioral Health Conditions in Primary Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *JGIM.* 2018;33(3):335-46. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4181-0>.
96. Cartier Y, Fichtenberg C, Gottlieb LM. Implementing Community Resource Referral Technology: Facilitators and Barriers Described by Early Adopters. *Health Affairs.* 2020;39(4):662-669. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01588>.
97. Buitron de la Vega P, Losi S, Sprague Martinez L, et al. Implementing an EHR-based Screening and Referral System to Address Social Determinants of Health in Primary Care. *Med Care.* 2019;57(Suppl 6 Suppl 2):S133-S139. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001029>.
98. Drewry MB, Yanguela J, Khanna A, et al. A Systematic Review of Electronic Community Resource Referral Systems. *Am J Prev Med.* 2023;S0749-3797(23):00250-7. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.06.001>.
99. Iott BE, Eddy C, Casanova C, Veinot TC. More than a Database: Understanding Community Resource Referrals within a Socio-Technical Systems Framework. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archives.* 2020;2020:583-592.

100. Karapareddy V. A Review of Integrated Care for Concurrent Disorders: Cost Effectiveness and Clinical Outcomes. *J Dual Diagn.* 2019;15(1):56-66. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1518553>.
101. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Cohen A, et al. The effect of brief case management on emergency department use of frequent users in mental health: Findings of a randomized controlled trial. *PLoS ONE.* 2017;12(8):1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182157>.
102. Samokhvalov AV, Probst C, Awan S, et al. Outcomes of an integrated care pathway for concurrent major depressive and alcohol use disorders: a multisite prospective cohort study. *BMC Psychiatry.* 2018;18:189-95. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1770-3>.
103. Government of Canada. Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans – TCPS 2 (2022). Government of Canada. 2022. . Accessed 8 March 2024.
104. Benchimol EI, Smeeth L, Guttman A, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001885. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001885>.

## Chapitre 7 – Article 3

### Le trouble concomitant selon une perspective syndémique : une étude de cas multiples

#### Titre abrégé : La perspective syndémique du trouble concomitant

**Auteurs:** Isabelle St-Pierre, professeure, Inf. Ph.D. (c)<sup>a,b,c\*</sup>, Liette St-Pierre, professeure titulaire, Inf. Ph.D.<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada;

<sup>b</sup>Chaire IRISS, (Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé), Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada;

<sup>c</sup>Groupe de Recherche Loricorps, Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Québec, Canada

\*Coordonnées : Université du Québec en Outaouais, Département des sciences infirmières, Campus de Saint-Jérôme, 5 Rue St-Joseph, Saint-Jérôme, Québec, Canada, J7Z 0B7; téléphone: +1-819-450-530-7616 ext 2305.

Courriel: Isabelle.A.St-Pierre@uqo.ca

 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9792-3471>

## Résumé français

**Introduction** : Le trouble concomitant est complexe et nécessite idéalement des services intégrés. Actuellement, sa prise en charge reste fragmentée et l'influence des déterminants sociaux de la santé est peu examinée, rendant l'accès aux services difficile. Une approche syndémique, adoptant une vision holistique, pourrait améliorer la prise en charge et l'accès aux services, mais celle-ci est présentement peu étudiée.

**Objectif** : Explorer la perspective syndémique du trouble concomitant par une étude de cas multiples, en analysant les trajectoires de soins et de services à l'urgence et les transitions vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne.

**Méthodes** : Cette étude, réalisée au Québec, Canada, a analysé les dossiers médicaux de trois personnes utilisant fréquemment les services d'urgence. Les données incluent les visites à l'urgence sur 12 mois, les références vers les soins de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance, ainsi que les interventions des infirmières de liaison en santé mentale, en dépendance et des travailleuses sociales.

**Résultats** : Les cas étudiés révèlent des schémas d'utilisation des services reflétant une perspective syndémique. Les besoins variés, souvent liés aux déterminants sociaux de la santé, ont fréquemment nécessité un arrimage avec divers services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Les interventions des infirmières et de la travailleuse sociale variaient en fréquence et en intensité selon les trois cas.

**Conclusion** : Une approche syndémique pourrait améliorer la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant, considérant l'importance pour elles d'avoir accès à des services distincts et complémentaires. Les infirmières et travailleuses sociales pourraient jouer un rôle clé dans l'évaluation et l'accompagnement vers des soins adaptés. De nombreuses opportunités sont possibles pour renforcer leur implication.

**Mots-clés** : trouble concomitant, syndémie, trouble de santé mentale, trouble de l'usage d'une substance, services intégrés, déterminants sociaux de la santé

## Résumé anglais

**Introduction:** Dual disorder is complex and optimally requires integrated services delivery. However, current management strategies remain fragmented, with limited attention given to the role of social determinants of health, making challenging access to appropriate services. A syndemic approach, which adopts a holistic perspective, has the potential to improve care delivery and access, but remains underexplored in the context of dual disorder.

**Objective:** To explore the syndemic perspective of dual disorder through a multiple-case study, focusing on emergency department care pathways and transitions to outpatient services.

**Methods:** This study was conducted in Quebec, Canada, using medical records from three individuals who were frequent users of emergency services. Data included a 12-month review of emergency department visits, referrals to outpatient mental health and addiction services, and interventions performed by mental health and addiction liaison nurses as well as social workers.

**Results:** Findings revealed service utilization patterns aligning with a syndemic perspective. The individual's diverse needs, often linked to social determinants of health, frequently required coordination across outpatient services. The involvement of nurses and social workers varied in frequency and intensity across the three cases.

**Conclusion:** A syndemic approach could enhance the management of individuals with dual disorder by facilitating access to complementary and integrated services. Nurses and social workers are well-positioned to play a pivotal role in assessing needs and guiding individuals toward appropriate care. Strengthening their involvement presents numerous opportunities for optimizing care delivery and addressing the complex interplay of factors affecting this population.

**Keywords:** Dual disorder, syndemic, mental health disorder, substance use disorder, integrated services, social determinants of health

## Introduction

### La complexité du trouble concomitant

Au Canada, le trouble concomitant est défini, chez une personne, par la présence simultanée d'au moins un trouble de santé mentale (TSM) associé à au moins un trouble de l'usage d'une substance (TUS) (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM], 2002). Cette problématique entraîne une complexité en termes de besoins à combler, de répercussions à long terme et d'optimalité de prise en charge (Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CSMC et CCDUS], 2023; Wu et al., 2019). Comparativement aux personnes présentant seulement un TSM ou un TUS, les personnes atteintes d'un trouble concomitant sont confrontées à de nombreux enjeux liés aux déterminants sociaux de la santé, qui influencent leur état de santé, sans nécessairement être une cause directe de la maladie (Institut national de santé publique du Québec, 2024). Elles ont notamment un risque plus élevé de souffrir de problématiques physiques (Gomez et al., 2023), de comportements suicidaires (Carra et al., 2014), d'isolement social (Huynh et al., 2016), d'instabilité financière (Khan, 2017), d'itinérance (Chikwava et al., 2024) et de problèmes judiciaires (Jegade et al., 2022). Ces facteurs se traduisent cliniquement par une détresse psychologique élevée (Khan, 2017), une qualité de vie réduite (Wittenberg et al., 2021), une espérance de vie plus courte (Ayano, 2019) et un taux de mortalité accru (Castelpietra et al., 2022).

Actuellement, le trouble concomitant n'est pas diagnostiqué comme un seul trouble, chaque diagnostic émis chez une même personne étant relié à des interventions distinctes (Iudici et al., 2018; Kotov et al., 2017). Les approches traditionnelles pour sa prise en charge sont de considérer chaque problématique séparément, soit par une approche séquentielle (un trouble est traité, puis l'autre ensuite) ou parallèle (traitement des deux troubles sans coordination par des équipes différentes et dans des milieux différents) (Hakobyan et al., 2020). Ces approches en silos entravent l'accessibilité aux services, rendant ceux-ci souvent inefficaces pour répondre aux besoins complexes des personnes (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Urbanoski

et al., 2017), les obligeant fréquemment à se tourner vers les services d'urgence (Fleury et al., 2019; Graham et al., 2017). Au niveau des services d'urgence, l'évaluation inclut rarement les déterminants sociaux de la santé (Vereeken et al., 2023; Willen et al., 2017) et plusieurs obstacles entravent la continuité des soins vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne (Lavergne et al. 2022; MSSS, 2023; Sather et al., 2022).

Cette approche biomédicale où la maladie est divisée en plusieurs entités distinctes et isolées, indépendantes des déterminants sociaux de la santé ainsi que du contexte social et environnemental dans lequel elle se manifeste ne correspond pas à l'expérience désirée ou aux besoins mentionnés par les personnes souffrant de troubles concomitants (De Ruyscher et al., 2017; Humphreys et al., 2023; Jackson et al., 2024). Depuis quelques années, la littérature mentionne que le trouble concomitant devrait plutôt être étudié et reconnu selon une perspective syndémique, laquelle reconnaît une conception biopsychosociale de la maladie, où les différents déterminants sociaux de la santé interagissent avec la problématique de santé présente (Singer, 1996; Singer et Clair, 2003; Singer et al., 2020).

## **Le trouble concomitant et la perspective syndémique**

Le concept de syndémie, initialement développé pour étudier les comorbidités au niveau physique et les conditions sociales (ex : SIDA, violence et consommation de substances) (Singer, 1994), s'applique désormais pour l'étude des comorbidités entre TSM et TUS (Butt et al., 2017; Mendenhall et al., 2017). Une syndémie est définie par l'association d'au moins deux problématiques de santé (facteurs biologiques), interagissant de manière synergique et amplifiant leurs effets négatifs (Singer et al., 2017; Singer et al., 2020). Ces problèmes de santé se concentrent souvent de manière anormalement élevée dans des populations exposées à des conditions sociales, environnementales et structurelles défavorables (pauvreté, stigmatisation, stress chronique, violence). Ces facteurs sont aussi essentiels à considérer que les problèmes de santé, car ils engendrent un phénomène synergique, dépassant la simple comorbidité

additionnée de facteurs aggravants (Singer et al., 2017), intensifiant la sévérité et la progression de la situation syndémique (Singer et al., 2017).

À l'instar de la définition de Singer et al. (2020), le trouble concomitant représente un exemple révélateur d'une situation syndémique, impliquant l'entrecroisement de deux problématiques considérées comme des « fardeaux sanitaires » au sein d'une certaine population et dont les interactions résultent en une problématique unique et complexe (Iudici et al., 2020; Kessler et al., 2004; Mueser et al., 1998). Associé à des facteurs sociaux, structurels et environnementaux, le trouble concomitant est exacerbé par des interactions synergiques. Une enquête nationale américaine a révélé une forte prévalence de « facteurs d'adversité » (violence, itinérance, traumatismes infantiles, judiciarisation, etc.) chez les personnes présentant un trouble concomitant, réduisant leur qualité de vie et l'accès aux soins (Jegade et al., 2022). D'autres facteurs d'adversité (ci-après nommés facteurs syndémiques) ont aussi été étudiés, notamment les problématiques physiques, la stigmatisation, l'isolement social, l'insécurité alimentaire et la difficulté d'accès aux services de santé et services sociaux (Gomez et al., 2023; Huynh et al., 2016; Leddy et al., 2021; Livingston, 2020; Ross et al., 2015).

Étant un concept relativement récent, peu d'études ont abordé la perspective syndémique du trouble concomitant (Card et al., 2018; Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Clementi et al., 2020; Coid et al., 2021; Eshak et al., 2024; Fujita et al., 2024; Gerke et al., 2022; Glynn et al., 2025; Gomez et al., 2023; Jain et al., 2022; Jegede et al., 2022; Leddy et al., 2021; Lett et al., 2022; McDonald et al., 2020; Robinson et al., 2016; Singer et al., 2020; Turpin et al., 2020; Tsuyuki et al., 2017; Yellin et al., 2018; Zhang et Coid, 2024). Les études quantitatives se sont concentrées sur les liens entre le trouble concomitant et certains facteurs sociaux spécifiques, les habitudes de vie (obésité, tabagisme, sédentarité) ou d'autres problématiques physiques. Certains auteurs ont mentionné la nécessité d'utiliser des données qualitatives ou une triangulation des données (Gulbas et al., 2024), ainsi qu'inclure des variables au-delà du niveau de l'individu seul (Mendenhall, 2017; Tsai, 2018; Tsai et al., 2017). Selon la littérature recensée,

aucune étude ne semble avoir explorée la perspective syndémique du trouble concomitant en lien avec l'utilisation des services de santé et des services sociaux.

Cette étude vise donc à explorer la perspective syndémique du trouble concomitant d'un point de vue qualitatif, par une étude de cas multiples. Trois questions découlent de cet objectif : 1) La syndémie du trouble concomitant est-elle visible au niveau des services de santé et services sociaux? ; 2) Comment est-elle illustrée? ; 3) Comment influence-t-elle l'utilisation des services par la population ciblée? L'analyse s'est appuyée sur les trajectoires de soins et de services, définie comme la séquence et l'organisation des soins et services dispensés à une population pendant une période délimitée. Elles sont considérées comme un outil pertinent pour obtenir une vision globale des soins et des services (Schrijvers et al., 2012; Vanhaecht et al., 2010). Cette étude est d'autant plus pertinente considérant que les services actuellement offerts présentent des lacunes pour combler adéquatement les besoins de cette population, permettant ainsi des pistes d'amélioration pour optimiser les soins et les services.

## Méthodes

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche sous le numéro CÉRC-2016-027 et par la Direction de l'enseignement universitaire, la recherche et l'innovation du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Les données, issues de dossiers médicaux, proviennent d'une plus large étude quantitative sur les trajectoires de soins à l'urgence et dans les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne d'adultes présentant un trouble concomitant. L'échantillon de base pour l'étude quantitative devait présenter les critères suivants : 1) présenter un TSM diagnostiqué selon le DSM-5 (APA, 2013) et un TUS inscrit dans le dossier médical; et 2) avoir visité au moins une fois un service d'urgence sur une période de 12 mois consécutifs. La procédure complète concernant la sélection des dossiers médicaux a été décrite dans St-Pierre et St-Pierre (2024). Les variables ont été sélectionnées afin de recueillir des informations sur toute la trajectoire de soins, couvrant à la fois les services d'urgence et les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne (voir [tableau 7.1](#)). Pour les visites à l'urgence,

la collecte a ciblé les visites effectuées entre le 1<sup>er</sup> mai 2015 et le 30 avril 2016. Pour les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, la collecte a ciblé les années 2011 à 2018, afin d’avoir un portrait plus large des services reçus avant, pendant et après la période de visites à l’urgence. De plus, plusieurs données n’étaient pas disponibles avant 2011, limitant la possibilité de collecter des données avant cette date. Le système de santé québécois, financé par les gouvernements fédéraux et provinciaux, garantit un accès universel et gratuit aux services de santé et services sociaux. Bien que certains services privés étaient disponibles, cette étude s’est concentrée sur les services publics de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et dépendance susceptibles d’être utilisés par la population ciblée. Les demandes de services liées à des besoins spécifiques (hébergement, difficultés financières, problèmes judiciaires) ont également été examinées.

Tableau 7.1. – Catégories et variables associées

| Catégories                                    | Variables  |
|---|--|
| Socio-démographique                           | Age, sexe, occupation, statut civil, scolarité, nombre d’enfants, nationalité, hébergement, antécédents judiciaires, soutien familial, réseau social, besoins financiers   |
| Médical et psychosocial                       | Troubles de santé mentale (TSM), troubles de l’usage de substances (TUS), problématiques de santé physique, médication, antécédents familiaux de TSM et TUS, antécédents personnels de TSM et TUS pendant la jeunesse, antécédents de tentative de suicide   |
| Soins et services                             | Antécédents de services avec le centre jeunesse, accès à un psychiatre, accès à un médecin de famille, suivi avec intervenants, autorisation judiciaire de soins, programme de substitution  |
| Épisodes de soins dans les services d’urgence | Nombre de visites à l’urgence, raison de consultation, score assigné au triage, endroit assigné après évaluation médicale, départ avant consultation médicale, consultation psychiatrique, diagnostic médical au congé de l’urgence, implication de l’infirmière de liaison en dépendance à l’urgence, implication de l’infirmière de liaison en santé mentale à l’urgence, implication de la travailleuse sociale, implication du psychologue, services offerts au congé de l’urgence, types de services offerts, durée du séjour |
| Demandes de services                          | Requérant, service où la demande a été transmise, raison inscrite sur la demande, décision après évaluation de la demande, service assigné suite à l’évaluation, référence vers l’infirmière de liaison en santé mentale ou dépendance, trouble concomitant mentionné dans la demande, raison de fin du suivi  |

## Sources de données et méthodes de collecte

Les numéros de dossier et d'assurance-maladie du Québec ont été utilisés pour extraire les données à partir de différents logiciels et un code a ensuite été attribué pour garantir la confidentialité. Pour chaque dossier, toutes les visites aux urgences effectuées sur une période de 12 mois ont été consignées de même que les services offerts et reçus entre 2011 et 2018. Par exemple, si une personne a effectué 25 visites en 12 mois, toutes les informations de ces visites ont été consignées. Les logiciels utilisés sont :

- SIC+ et SIC-SRD de i-CLSC pour les demandes effectuées dans les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance;
- Dossier Santé Québec du Gouvernement du Québec pour la médication prescrite;
- SIURGE de Logibec pour les consultations aux urgences, les consultations en psychiatrie ainsi que les informations liées au triage.

Certaines variables, non disponibles dans les bases de données, ont été récupérées dans les dossiers papiers, à l'exception d'un établissement où les dossiers étaient informatisés (logiciel *Purkinje*). Des informations ont également été recueillies à partir des notes évolutives des infirmières, des consultations en psychiatrie et des notes médicales. Des notes de terrain ont aussi été consignées. Une banque de données a été élaborée sous forme de grille d'analyse avec la création de menus déroulants afin de conserver une standardisation des données et éviter les erreurs de saisie. La banque de données a été créée avec Excel de Microsoft Office 365 ProPlus (v.16.0.6965.2117) et l'analyse des données a été effectuée avec SPSS version 27.

## Approche méthodologique et cadre de référence

Suite à l'analyse des données de l'étude originale, une exploration approfondie de certains aspects des trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant a été jugée nécessaire. Par exemple, plusieurs références vers les services de 1<sup>e</sup> ligne concernaient des besoins liés à des déterminants sociaux de la santé (hébergement, difficultés financières,

transport, aide alimentaire). Certaines visites à l'urgence étaient également motivées par un besoin d'hébergement. Ainsi, une étude de cas multiples exploratoire, réalisée avec la méthode d'analyse de cas multiples de Yin (2018), a été choisie pour examiner ce phénomène dans son contexte réel au sein des services de santé et des services sociaux. Cette méthode a été préférée à l'étude de cas unique, car elle renforce la robustesse et augmente la validité externe de l'analyse. Afin de circonscrire les variables spécifiques à la perspective syndémique, un cadre de référence a été élaboré à partir du modèle *Violence, Immigration, Depression, Diabetes and Abuse Syndemic* (VIDDA syndemic) de Mendenhall (2016), le cadre de Caron et Adegboye (2021) sur la Covid-19 et les déterminants sociaux, ainsi que les facteurs syndémiques associés au trouble concomitant recensés dans la littérature (voir [figure 7.1](#)). Des exemples pour les quatre catégories du cadre de référence sont présentés dans le [tableau 7.2](#).

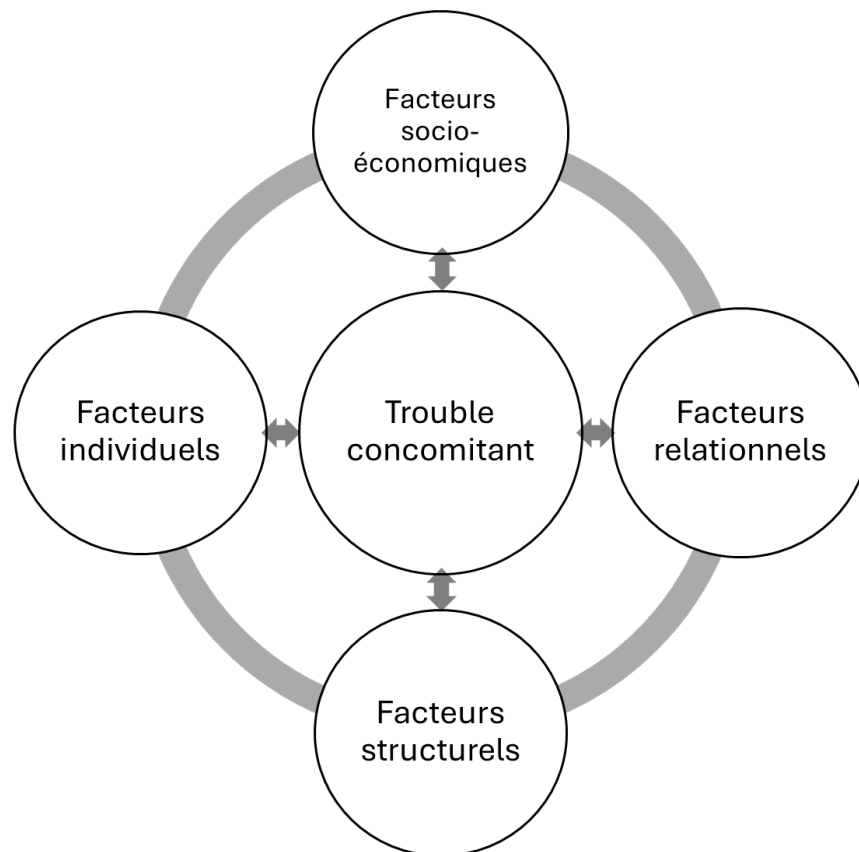


Figure 7.1. – Cadre de référence des facteurs syndémiques du trouble concomitant  
(Adapté de Caron et Adegboye, 2021; Mendenhall, 2016)

Tableau 7.2. – Définition et exemples de facteurs syndémiques du trouble concomitant

| Facteurs syndémiques | Définition   | Exemples   |
|----------------------|--|--|
| Individuels          | Facteurs spécifiques à la personne, modifiables ou non             | Problématiques de santé, antécédents médicaux, médication            |
| Socio-économiques    | Conditions sociales dans lesquelles la personne évolue             | Besoins financiers, logement, antécédents judiciaires, itinérance    |
| Relationnels         | Relations personnelles et familiales et facteurs liés à la famille | Réseau social, soutien familial, antécédents familiaux               |
| Structurels          | Facteurs liés aux services utilisés                                | Accès aux soins, médecin de famille, psychiatre, visites à l'urgence |

Une analyse de trois cas a été jugée appropriée pour examiner le phénomène en profondeur, selon la méthode d'analyse de cas multiples de Yin (2018). Les cas ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné afin de représenter les quatre groupes de facteurs du cadre de référence et augmenter la variabilité de certaines caractéristiques (âge, sexe, TSM, TUS) (Merriam et Tisdell, 2016).

## Analyses

Une analyse intracas a été réalisée à partir de lignes temporelles, permettant une exploration détaillée et approfondie de chaque cas. Par la suite, une analyse intercas a permis de comparer les trois cas afin d'identifier les convergences et divergences, de comprendre les éléments distinctifs dans les schémas observés et enfin, d'obtenir une compréhension globale du phénomène étudié (Yin, 2018). La création de lignes temporelles est une méthode permettant d'organiser visuellement des données narratives riches. Ces lignes temporelles sont généralement construites en mettant en évidence les événements de la vie d'une personne dans un ordre chronologique (Patterson et al., 2012), facilitant leur visualisation et leur enchaînement. Elles sont utiles pour la comparaison avec d'autres données ou pour situer un concept de recherche dans le contexte d'autres événements (Gramling et Carr, 2004). Pour chacun des cas, deux lignes temporelles ont été créées. La première illustre les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne collectés alors que la deuxième illustre une portion plus spécifique de la première série temporelle,

incluant les visites aux urgences collectées sur une période de 12 mois et les services demandés et/ou reçus dans cette période. L'analyse s'est concentrée sur la séquence des différents services demandés et/ou reçus afin d'explorer les perspectives syndémiques possibles, les facteurs impliqués et leurs manifestations. Les critères de rigueur propres à une étude de cas ont été respectés (Yin, 2018) :

- Fiabilité : utilisation d'un protocole d'étude de cas (Yin, 2018), création d'une base de données;
- Validité interne : recours à des sources de données multiples et à la triangulation des données, utilisation de plusieurs méthodes d'analyse (séries temporelles, analyse inter-cas);
- Validité externe : Utilisation d'une logique de réplication d'analyses pour chaque cas (généralisation analytique), sélection de plusieurs cas, analyse inter-cas;
- Validité de construit : recours à des sources de données multiples et à la triangulation des données, utilisation d'un modèle de référence élaboré à partir de théories et modèles validés dans la littérature.

## Résultats

### Contexte du réseau de la santé et des services sociaux de la région d'étude

Les trois cas sélectionnés, Mathieu, Ariane et Stéphane (noms fictifs), ont utilisé les services d'une région du Québec desservant environ 295 000 habitants. En 2015, cette région comptait plusieurs organismes communautaires œuvrant en dépendance et en santé mentale, quatre organismes communautaires généraux, plusieurs centres de réadaptation en dépendance (avec ou sans hébergement) et des services de 1<sup>e</sup> ligne tels que : services psychosociaux généraux, intervention de crise 24/7, guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA), suivi intensif dans le milieu (SIM) et soutien d'intensité variable (SIV). Plusieurs services ont été offerts et utilisés

dans les trois cas. Dans les services d'urgence, une infirmière<sup>2</sup> de liaison en santé mentale (infTSM) n'était présente que dans l'établissement fréquenté par le cas 3 (Stéphane). Le [tableau 7.3](#) décrit les services et leurs caractéristiques.

Tableau 7.3. – Services et caractéristiques

| Services   | Caractéristiques  |
|--|---|
| <b>Services d'accueil et courte durée</b>                |   |
| Accueil psychosocial et services psychosociaux généraux  | Service téléphonique ou en personne permettant de discuter avec une intervenante psychosociale pour obtenir une évaluation, du soutien, des informations, et/ou une orientation vers le meilleur service approprié. Un suivi de courte durée peut également être effectué.  |
| Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA)          | Maintenant nommé Mécanisme d'accès en santé mentale, le GASMA est la porte d'entrée pour avoir accès aux services de 1 <sup>e</sup> ligne en santé mentale et dépendance. Le mandat du GASMA consiste à évaluer les besoins de la personne et l'orienter vers les services les plus appropriés.   |
| Info-social  | Service de consultation téléphonique 24/7 gratuit assuré par des personnes intervenantes en travail social qui évaluent les besoins, fournissent des conseils et répondent aux questions d'ordre psychosocial.  |
| Intervention de crise dans le milieu 24/7                | Professionnel disponible en tout temps pour intervenir lors de situations psychosociales où une personne est en détresse et nécessite une intervention immédiate (état mental perturbé, idées suicidaires, actes de violence)   |
| <b>Soins et services aux SU</b>                          |   |
| Infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance | Se déplacent dans les services d'urgence quotidiennement pour soutenir l'équipe des urgences et le psychiatre. Leurs tâches consistent notamment à effectuer le dépistage et l'évaluation de la condition mentale ou de la consommation de la personne. Elles peuvent effectuer des interventions brèves, faciliter l'initiation des traitements en collaboration avec le professionnel prescripteur <sup>3</sup> et faciliter l'arrimage entre les différentes unités ou avec les services externes. |
| Psychiatre de garde                                      | Disponible pour effectuer des consultations ponctuelles au service d'urgence, habituellement entre 8 h et 16 h.   |
| Psychologue  | Disponible pour effectuer une consultation psychologique et initier une psychothérapie pendant une hospitalisation  |
| Travailleuse sociale                                     | Présente à l'urgence et sur les unités d'hospitalisation pour évaluer, accompagner et intervenir auprès des personnes présentant une détresse ou des besoins psychosociaux. Elle a aussi pour tâches de faire la liaison avec les services externes afin d'assurer un arrimage adéquat  |

<sup>2</sup> Les titres professionnels et noms se rapportant à des personnes intervenantes sont rédigés au féminin dans un objectif de concision.

<sup>3</sup> Médecin, infirmière praticienne spécialisée

## Soins et services 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne

|   |   |
|---|---|
| Centres de réadaptation en dépendance 2 <sup>e</sup> ligne (CRD)        | Offrent des interventions spécialisées en dépendance telles qu'une évaluation approfondie du TUS et des comportements à risque, la gestion des symptômes de sevrage, le support à l'arrêt de la consommation, les traitements de substitution et l'hébergement si nécessaire  |
| Équipe itinérance   | Faisant partie des équipes de proximité et incluant des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des membres du milieu communautaire, cette équipe cherche à rejoindre les personnes en situation d'itinérance, ou à risque de le devenir, dans les endroits qu'elles fréquentent. Propose des services de promotion, de prévention, de suivi et d'accompagnement.  |
| Hôpital de jour (santé mentale 2 <sup>e</sup> ligne)                    | Équipe interdisciplinaire qui évalue et traite les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état et le niveau de dysfonctionnement nécessitent un suivi intensif. Aide à prévenir les hospitalisations ou à en réduire la durée. Les services offerts incluent l'évaluation et la précision du diagnostic, le traitement, les activités thérapeutiques individuelles et de groupe, l'enseignement sur la maladie, l'accompagnement et les activités éducatives.   |
| Programme d'accompagnement justice et santé mentale                     | Programme volontaire offrant un service judiciaire adapté à la réalité des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et qui font face à la justice. Il peut permettre une réduction de peine ou parfois la déjudiciarisation. Critères d'admissibilité : il doit exister un lien entre le TSM et l'infraction commise, cette dernière doit être de nature criminelle et la personne doit être apte à faire face au processus judiciaire.   |
| Services en santé mentale 1 <sup>e</sup> ligne                          | Programmes de 1 <sup>e</sup> ligne permettant une évaluation des besoins de la personne et permettant de l'orienter vers le bon service si nécessaire. Offrent aussi des interventions en lien avec l'évaluation de la condition mentale, la médication et le suivi.  |
| Services en dépendance 1 <sup>e</sup> ligne                             | Services mettant l'emphase sur des mesures préventives telles que la réduction des risques, le counseling et le dépistage   |
| Suivi intensif dans le milieu et soutien d'intensité variable (SIM/SIV) | S'adressent aux adultes aux prises avec un trouble mental grave associé à une condition instable (ex : itinérance, consommation de substances), à des incapacités au plan des habiletés personnelles, sociales et relationnelles, ainsi qu'à des difficultés d'intégration, d'organisation et d'adaptation dans la communauté. La personne doit présenter une condition clinique et sociale complexe, qui doit nécessiter une certaine intensité d'accompagnement. Formé d'une équipe interdisciplinaire comprenant parfois un psychiatre selon la situation, les programmes SIM/SIV offrent des services d'enseignement, de réadaptation, de coordination des services et de soutien hautement individualisés et dispensés dans la communauté qui maximisent les capacités adaptatives de la personne, en fonction de ses besoins. |

## Autres ressources ou services

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Programme enfance-famille-jeunesse | Offre des services aux enfants et leurs parents, que ce soit au niveau développemental, physique, psychosocial ou du rôle parental.   |
| Ressources communautaires          | Ne font pas partie à proprement parler de la structure du système de santé et services sociaux du système québécois, mais sont des partenaires indispensables pour le soutien des personnes et pour répondre à leurs besoins. Les services communautaires tels les centres de thérapie pour les dépendances (services externes ou hébergement), les services de gestion de crise et les organismes communautaires en santé mentale sont présents pour accompagner et soutenir la personne à proximité de son milieu de vie. |

---

Les facteurs socio-démographiques et les facteurs syndémiques liés au cadre de référence sont présentés dans le [tableau 7.4](#).



Tableau 7.4. – Caractéristiques des trois cas selon le cadre de référence des facteurs syndémiques du trouble concomitant

| <b>Facteurs</b>                          | <b>Cas 1 (Mathieu)</b>  | <b>Cas 2 (Ariane)</b>              | <b>Cas 3 (Stéphane)</b>                          |
|--|---|------------------------------------|--|
| <b>Facteurs socio-démographiques</b>     |   |                                    |  |
| Sexe                                     | Masculin  | Féminin                            | Masculin   |
| Âge                                      | Mi-trentaine  | Mi-vingtaine                       | Mi-quarantaine                                   |
| Statut civil                             | Célibataire   | Célibataire                        | Célibataire                                      |
| Enfants                                  | Aucun   | 3                                  | 3  |
| Scolarité                                | - <sup>a</sup>  | -                                  | Primaire   |
| Occupation                               | Sans emploi, aide sociale   | Sans emploi, aide sociale          | Sans emploi, aide sociale                        |
| Nationalité                              | Canadienne  | Canadienne                         | Canadienne                                       |
| <b>Trouble concomitant</b>               |   |                                    |  |
| TSM <sup>b</sup>                         | Trouble anxieux   | Trouble psychotique                | Trouble bipolaire, TP <sup>d</sup> mixte         |
| TUS <sup>c</sup>                         | Alcool  | Amphétamines                       | Alcool, amphétamines, cannabis                   |
| Médication                               | Anxiolytiques, antipsychotiques, antidépresseurs, aide sevrage alcool | Antipsychotiques, psychostimulants | Anxiolytiques, antipsychotiques, antidépresseurs |
| <b>Facteurs individuels</b>              |   |                                    |  |
| Problèmes santé physique (type)          | Infectiologie, neurologie   | Pneumologie                        | Neurologie, gastrologie                          |
| Suivi par un spécialiste                 | Non   | Non                                | Non  |
| Médication                               | Aucune  | Inhalateurs                        | Analgsiques, vitamines                           |
| Antécédents tentative de suicide         | Non   | Non                                | Oui  |
| Antécédents TSM jeunesse                 | Oui   | -                                  | -  |
| Antécédents TUS jeunesse                 | -   | -                                  | -  |
| Antécédents services en CJ <sup>e</sup>  | Oui   | Oui                                | -  |
| Antécédents de services pendant jeunesse | Oui   | -                                  | -  |

| Facteurs socioéconomiques                           |                                   |                                   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Besoins financiers                                  | -                                 |                                   | Oui                               | -                                       |
| Besoins pour hébergement                            | Alternance domicile et itinérance | Alternance domicile et itinérance | Alternance domicile et itinérance | Alternance ressource privée et domicile |
| Problèmes judiciaires                               | Non                               |                                   | Oui                               | Oui                                     |
| Facteurs relationnels                               |                                   |                                   |                                   |   |
| Réseau social                                       | Non                               |                                   | Oui                               | Non                                     |
| Soutien familial                                    | Oui                               |                                   | Non                               | Non                                     |
| Antécédents familiaux TSM                           | Oui                               |                                   | -                                 | Non                                     |
| Antécédents familiaux TUS                           | -                                 |                                   | -                                 | Non                                     |
| Facteurs structurels (Soins et services)            |                                   |                                   |                                   |   |
| Médecin de famille au dossier                       | Non                               |                                   | Non                               | Oui                                     |
| Psychiatre au dossier                               | Non                               |                                   | Non                               | Non                                     |
| Autorisation judiciaire de soins                    | Non                               |                                   | Non                               | Non                                     |
| Programme de substitution                           | Non                               |                                   | Non                               | Non                                     |
| Services en 1 <sup>e</sup> ligne                    | Oui                               |                                   | Oui                               | Oui                                     |
| Services en 2 <sup>e</sup> ligne                    | Oui                               |                                   | Oui                               | Oui                                     |
| Nombre de visites à l'urgence 12 mois               | 25                                |                                   | 25                                | 8                                       |
| Nombre de demandes de services 1 <sup>e</sup> ligne | 6                                 |                                   | 13                                | 3                                       |
| Nombre de demandes de services 2 <sup>e</sup> ligne |                                   |                                   |                                   |   |
|   | 19                                |                                   | 13                                | 6                                       |

<sup>a</sup>Donnée inconnue; <sup>b</sup>TSM = Trouble de santé mentale; <sup>c</sup>TUS = Trouble de l'usage d'une substance; <sup>d</sup>TP = Trouble de la personnalité; <sup>e</sup>CJ = Centre jeunesse

## Intra-cas #1 : Mathieu

Mathieu, un homme dans la mi-trentaine, célibataire, sans enfants et sans emploi, a effectué 25 visites à l'urgence pour différentes raisons : intoxication/symptômes de sevrage (16), présence d'hallucinations (3), trouble anxieux/idées suicidaires (2), symptômes reflétant un trouble concomitant (1) et traumatisme physique (3). De plus, 25 demandes de services ont eu lieu : TUS (21), TSM (1), trouble concomitant (1) et hébergement (2).

Entre 2011 et 2015 ([période 1, figure 7.2a](#)), 13 demandes de services :

- Deux demandes au service de 1<sup>e</sup> ligne en dépendance, mais réorientées vers un centre de réadaptation en dépendances de 2<sup>e</sup> ligne (CRD);
- Une seule demande en lien avec le TSM, avec un suivi de deux mois en santé mentale 1<sup>e</sup> ligne pour gestion de la médication, terminé par l'atteinte des objectifs, ainsi qu'un suivi parallèle en CRD pendant quelques semaines;
- Six demandes acceptées avec suivis en CRD (deux à quatre mois chacun), tous cessés par Mathieu ;
- Six autoréférences en CRD, dont deux finalement refusées par Mathieu lors du premier contact téléphonique avec un intervenant;
- En 2013, trois demandes rapprochées en CRD avec un schéma récurrent : refus de la première demande par Mathieu, mais autoréférence le lendemain, avec suivi de deux mois, puis abandon. Ce schéma d'alternance entre autoréférence et références formelles (par le centre hospitalier) avec suivi de quelques mois puis abandon s'est poursuivi jusqu'en juillet 2015.

La période où les visites à l'urgence ont été analysées se situe entre juillet 2015 et juin 2016 ([période 2, figure 7.3a](#)) :

- Juillet 2015 : huit visites pour trouble anxieux (1), intoxication à l'alcool (5), idées suicidaires (1) et symptômes de sevrage liés à l'alcool (1), dont une hospitalisation de

quatre jours (intoxication à l'alcool). Pendant cette période, Mathieu était en situation d'itinérance. S'est présenté deux fois à l'urgence la même journée en état d'intoxication en mentionnant cette situation; référence vers un centre d'hébergement;

- Octobre 2015 - avril 2016 (6 mois) : 11 visites à l'urgence, notamment pour intoxication à l'alcool ou symptômes de sevrage (6), tout en ayant un suivi en CRD;
- Octobre 2015 : deux visites pour présence d'hallucinations et idées suicidaires/symptômes de sevrage, incluant une hospitalisation et une référence en CRD (même si suivi déjà actif) et à l'équipe itinérance;
- Février 2016 : quatre visites en quatre jours (intoxication à l'alcool [3], trauma mineur [1]), perte de son logement dans cette période et référence à l'équipe itinérance;
- Mai-juin 2016 : alternance entre des situations d'itinérance et d'habitation en logement, six visites à l'urgence pour intoxication à l'alcool (4), symptômes physiques non spécifiés (1) et traumatisme neurologique lié à l'alcool ayant nécessité une hospitalisation de huit jours et un suivi en neurochirurgie. Un nouveau suivi en CRD a débuté (fin du précédent il y a deux mois) après son hospitalisation.

Entre octobre 2016 et fin 2019 ([période 3, figure 7.2a](#)), sept demandes de services :

- Un suivi en CRD toujours actif, mais ce dernier a demandé un suivi conjoint avec le programme SIV (trouble concomitant mentionné dans la demande); suivi de deux mois puis cessé suite à un transfert vers un service inconnu;
- Janvier-juillet 2018 (7 mois) : six demandes dont trois autoréférences : la première pour perte de domicile (accueil psychosocial) et cinq effectuées en CRD, dont une pour obtenir un suivi avec hébergement, car toujours sans domicile fixe.

## **Intra-cas #2 : Ariane**

Ariane, une femme dans la mi-vingtaine, célibataire, trois enfants et recevant des prestations d'aide sociale, a effectué 25 visites à l'urgence pour différentes raisons :

hallucinations/symptômes psychotiques (10), trouble anxieux/agitation (2), symptômes reflétant un trouble concomitant (1), symptômes physiques (5) et symptômes physiques combinés à des symptômes psychotiques (7). De plus, 26 demandes de services ont eu lieu : TUS (13), TSM (7), psychosocial (1), difficultés financières (2) et hébergement (3).

Entre 2011 et 2015 ([période 1, figure 7.2b](#)), 15 demandes de services :

- Janvier 2011 : autoréférence à l'accueil psychosocial pour des difficultés financières et problématique avec son logement. Demande transférée au programme enfance-jeunesse-famille, un suivi actif étant déjà en cours;
- Une demande neuf jours plus tard par une clinique médicale pour difficultés liées au rôle parental, suivi abandonné deux mois plus tard;
- Deux interventions de crise dans le milieu 24/7 pour état mental perturbé;
- Plusieurs périodes de chevauchements entre des demandes en 1<sup>e</sup> ligne pour TSM ou hébergement (expulsion) avec des demandes en CRD;
- Septembre 2015 : trois autoréférences en CRD, une pour difficultés financières et une intervention de crise 24/7 pour perturbation de l'état mental. Ariane a refusé les services en CRD.

La période où les visites à l'urgence ont été analysées se situe entre novembre 2015 et mai 2016 ([période 2, figure 7.3b](#)) :

- 25 visites à l'urgence sur une période de six mois;
- Novembre 2015 : deux visites pour symptômes psychotiques avec hospitalisation. Suivis dans des ressources externes en santé mentale et dépendance jusqu'en février 2016 (données inscrites au dossier médical, mais pas dans les bases de données);
- Décembre 2015-janvier 2016 : six visites liées à des symptômes physiques, diagnostiqués finalement comme des symptômes psychotiques; une visite pour des symptômes psychotiques et intoxication (trouble concomitant), référence vers le programme SIM, mais demande refusée par le programme;

- Perte de logement dans la même période, autoréférence en 1<sup>e</sup> ligne (psychosocial) ainsi qu'en CRD, suivi en CRD avec hébergement;
- Février 2016 : six visites dont trois dans la même journée pour présence d'hallucinations;
- Mars 2016 : huit visites pour hallucinations (4), agitation (1) et symptômes physiques (3), avec diagnostics modifiés pour symptômes psychotiques dans les trois derniers cas. Pour six visites, Ariane a quitté avant l'évaluation médicale ou a signé un refus de traitement. Une autoréférence en CRD avec suivi (2 mois).

Entre 2017 et 2019 ([période 3, figure 7.2b](#)), huit demandes de services :

- Autoréférence à l'accueil psychosocial pour perte de logement;
- Demande transmise au GASMA par le centre hospitalier pour suivi au programme SIM (soutien et supervision de la médication), mais refusée et réorientée vers un service externe inconnu;
- Cinq demandes en CRD par les services judiciaires et le centre hospitalier, mais services refusés ou abandonnés par Ariane;
- Suite à une rechute de consommation, demande de service au programme d'accompagnement justice et santé mentale, suivi jusqu'en juin 2020 (atteinte des objectifs).

### **Intra-cas #3 : Stéphane**

Stéphane, un homme dans la mi-quarantaine, célibataire, trois enfants et recevant des prestations d'aide sociale, a effectué huit visites à l'urgence pour présence d'idées suicidaires. De plus, neuf demandes de services ont eu lieu : TUS (6), TSM (1) et trouble concomitant (2).

En août et septembre 2015 ([période 1, figure 7.2c](#)), deux demandes de services :

- Demande vers les services en santé mentale 1<sup>e</sup> ligne par Info-social pour présence d'idées suicidaires, suivi pendant deux mois puis abandon par Stéphane;
- Demande en CRD effectuée simultanément par le centre hospitalier, refusée par Stéphane.

La période où les visites à l'urgence ont été analysées se situe entre novembre 2015 et novembre 2016 ([période 2, figure 7.3c](#)) :

- Huit visites à l'urgence pour idées suicidaires avec consultation en psychiatrie pour chacune;
- Six visites où le diagnostic a été modifié pour trouble dépressif (5) et symptômes de sevrage (1);
- Cinq visites ont conduit à une hospitalisation;
- Novembre 2015 : Stéphane habitait dans une ressource d'hébergement, avait un suivi avec le programme SIV et recevait des services psychosociaux (mentionné dans le dossier médical, mais pas dans les bases de données). Deux hospitalisations de trois jours avec interventions de la travailleuse sociale (TS) et de l'infTSM, suivi en hôpital de jour après le congé. Deux demandes en CRD (centre hospitalier et autoréférence), mais suivi refusé par Stéphane;
- Janvier 2016 : trois visites à intervalles de trois jours chacune. Première visite avec hospitalisation de trois jours pour idées suicidaires et symptômes de sevrage, interventions des infirmières de liaison en dépendance (infTUS), infTSM et TS puis références vers organisme communautaire et CRD au congé; services refusés par Stéphane;
- Deuxième visite sans hospitalisation et troisième visite trois jours plus tard avec hospitalisation de 5 jours, incluant des interventions des TS, infTSM et psychologue;
- Période de cinq mois sans visites;

- Juin 2016 : hospitalisation de 35 jours avec diagnostic de trouble dépressif, consultation en orthopédie pour raison inconnue, interventions des infTSM, infTUS, TS et psychologue. Demande de services en CRD par les services de santé mentale 1<sup>e</sup> ligne, mais non acceptée, car hospitalisation toujours en cours. Congé temporaire obtenu après 35 jours, mais Stéphane a quitté l'établissement sans autorisation médicale. Suivis à l'hôpital de jour;
- Septembre 2016 : hospitalisation de 29 jours pour idées suicidaires et trouble dépressif. Demande de services en CRD par le centre hospitalier, mais non acceptée, car nouvelle hospitalisation quatre jours plus tard pendant sept jours. Au congé, demande de service vers une ressource d'hébergement.

En 2017 ([période 3, figure 7.2c](#)), deux demandes de services :

- Deux demandes au GASMA ayant trouble concomitant comme raison principale. Première demande refusée et orientée vers le CRD, deuxième demande (19 jours plus tard) orientée vers les services en santé mentale 1<sup>e</sup> ligne.

Figure 7.2. – Séries temporelles des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne offerts et reçus

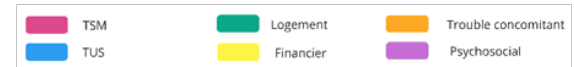
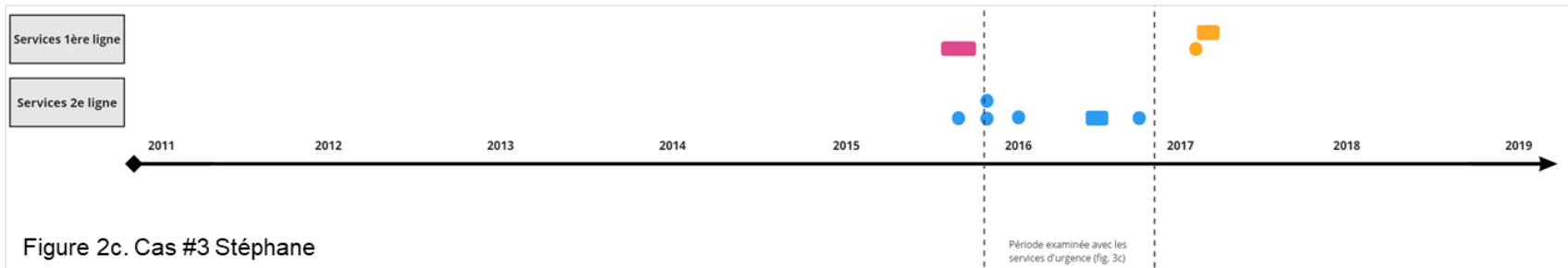
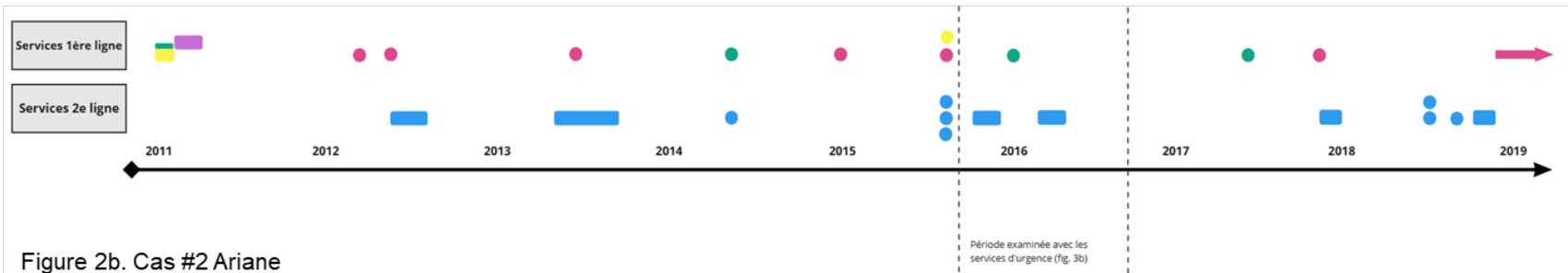
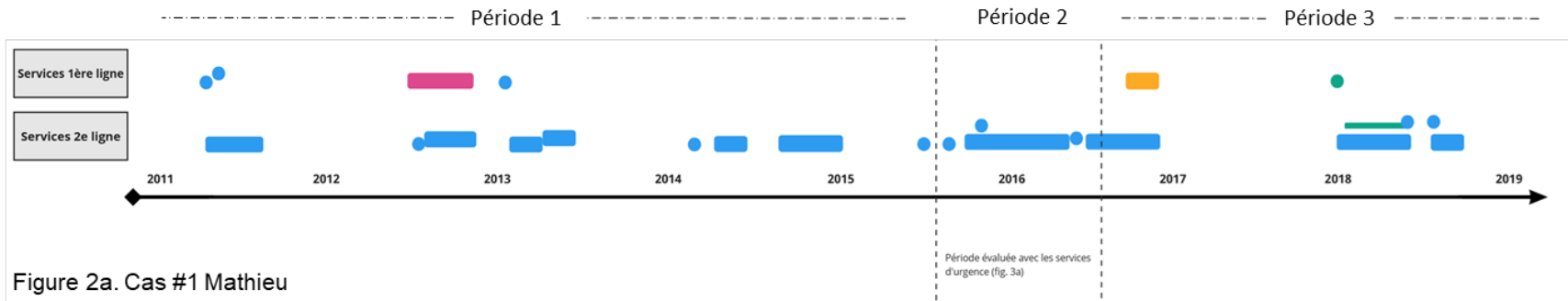
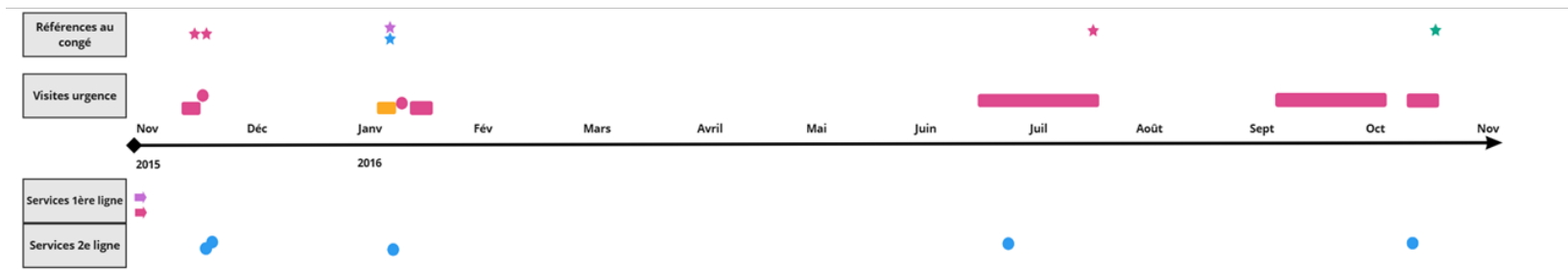
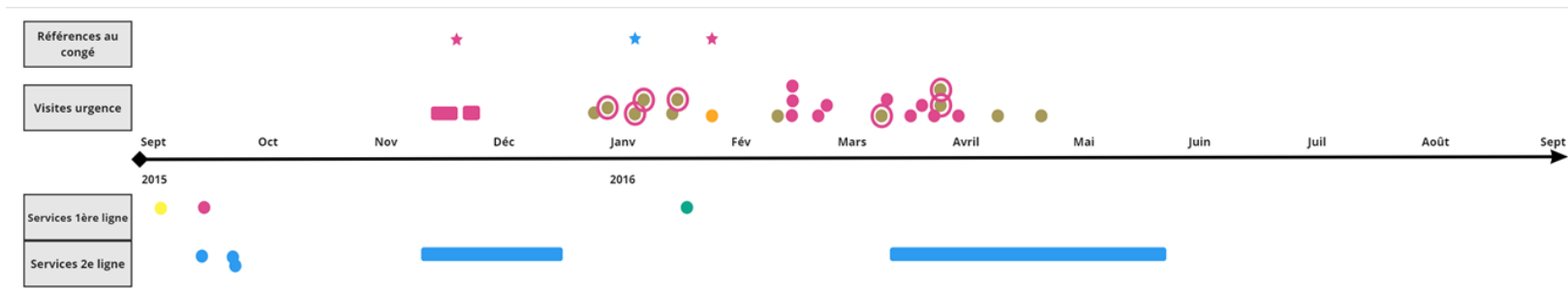
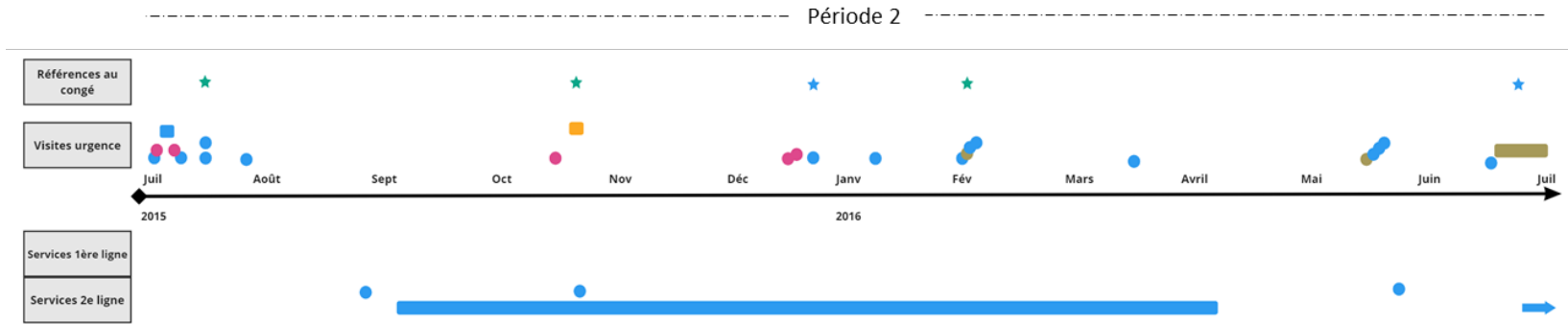


Figure 7.3. – Séries temporelles des visites à l'urgence



## Analyse inter-cas

L'analyse inter-cas montre des similitudes et des divergences entre les trois cas. Les facteurs syndémiques ([figure 7.1](#)) similaires sont : célibataire, sans emploi, problématiques de santé physique, un besoin de médication pour le trouble concomitant, besoins au niveau financier et absence de psychiatre traitant. Les facteurs divergents sont : besoins au niveau du logement, problèmes judiciaires, réseau social, soutien familial et suivi avec un médecin de famille. Bien qu'Ariane et Stéphane avaient des enfants, aucune information sur la présence d'un soutien familial pour eux n'était disponible.

Concernant les séries temporelles des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne ([figure 7.2](#)), chaque cas a bénéficié de services en santé mentale et en dépendance, parfois simultanément.

- Mathieu et Ariane : plusieurs demandes dans différents services ont évolué vers un suivi de quelques semaines à quelques mois; Mathieu a fait 13/25 autoréférences et Ariane 12/26, principalement en CRD;
- Stéphane : suivis principalement en santé mentale 2<sup>e</sup> ligne avec une seule autoréférence (1/9).
- Mathieu et Stéphane ont reçu peu de services en 1<sup>e</sup> ligne, contrairement à Ariane dont la moitié des services était en 1<sup>e</sup> ligne. Pour Mathieu et Stéphane, le trouble concomitant a été spécifiquement mentionné dans certaines demandes et accompagné d'un suivi adapté de quelques mois.

Concernant les séries temporelles des visites à l'urgence et des demandes de services associées ([figure 7.3](#)), les trois cas ont effectué plusieurs visites, certaines étant rapprochées dans le temps et parfois même plusieurs visites la même journée. Les schémas d'utilisation de l'urgence sont variés selon les trois cas :

- Mathieu : principalement pour TUS lié à l'alcool et souvent lié à la perte de logement; visites ponctuelles (22/25) sans hospitalisation avec références en CRD et hébergement,

mais pas en santé mentale 1<sup>e</sup> ligne. Malgré un suivi en CRD, il a fréquemment visité l'urgence pour symptômes d'intoxication;

- Ariane : principalement pour symptômes psychotiques; visites ponctuelles (23/25) sans hospitalisation avec rares références vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne;
- Stéphane : uniquement pour idées suicidaires récurrentes, suivies de consultations en psychiatrie et hospitalisations (6/8), avec références en CRD, santé mentale 2<sup>e</sup> ligne et hébergement.

D'autres différences sont notables entre les trois cas. Stéphane n'a pas quitté l'urgence avant l'évaluation médicale, alors que Mathieu et Ariane ont respectivement quitté cinq et huit fois. L'implication des infTSM, infTUS et TS est aussi variable :

- InfTSM : présente uniquement pour Stéphane, absente de l'urgence fréquentée par Mathieu et Ariane;
- InfTUS : peu impliquée auprès d'Ariane (0/25), Mathieu (2/25) et Stéphane (1/8);
- TS : impliquée dans 7/25 visites pour Mathieu, 5/25 pour Ariane et 6/8 pour Stéphane.

## Discussion

Cette étude visait à explorer la perspective syndémique du trouble concomitant, sa visibilité sur les trajectoires de soins et son influence sur l'utilisation des services par la population ciblée. Cette étude de cas multiples s'ajoute à la littérature soutenant la perspective syndémique du trouble concomitant. Les résultats ont d'abord permis d'identifier les facteurs syndémiques pouvant être associés au trouble concomitant. Ensuite, l'exploration des trajectoires de soins à l'urgence a mis en lumière des interactions tangibles entre le trouble concomitant et les déterminants sociaux de la santé, ces derniers influençant les visites à l'urgence et les interventions associées et reflétant par le fait même une situation syndémique. Cette situation syndémique semble aussi influencer l'offre et l'utilisation des services de santé et services sociaux. Les perspectives syndémiques et les schémas d'utilisation des services varient selon les

cas, une hétérogénéité rapportée dans la littérature (Fleury et al., 2020; Jegede et al., 2022). Les trois cas, sélectionnés par échantillonnage raisonné afin de refléter cette diversité, confirment ces variations tout en révélant plusieurs facteurs syndémiques communs.

### **Présence de la syndémie du trouble concomitant sur les trajectoires de soins**

Les résultats des séries temporelles permettent de visualiser la perspective syndémique du trouble concomitant par la diversité des raisons de consultation à l'urgence ainsi que les chevauchements fréquents entre les références et les suivis pour l'obtention de services variés en santé mentale, en dépendance et pour des besoins liés aux facteurs syndémiques (logement, financier, psychosocial). Malgré l'hétérogénéité des trajectoires de soins, un constat commun semble émerger, soit la complexité et le nombre élevé de besoins des personnes présentant un trouble concomitant ainsi que l'utilisation fréquente de services variés. Pour Stéphane, la perspective syndémique semble moins apparente, ses visites étant uniquement liées à des idées suicidaires. Cependant, leur fréquence et la durée des hospitalisations témoignent de l'intensité de la problématique et de la gravité de sa détresse, une situation similaire ayant déjà été illustrée dans la littérature. En effet, Lett et al. (2022) ont démontré que l'état mental de jeunes personnes s'identifiant à la diversité de genre et de sexe et présentant un trouble concomitant était influencé négativement lors de l'exposition à différents facteurs socio-structurels (harcèlement à l'école, cyberharcèlement, insécurité alimentaire et insécurité du logement) (Lett et al., 2022). Ces facteurs augmentaient significativement le risque d'idées suicidaires, de planification et de tentatives de suicide, renforçant alors le phénomène de syndémie (Lett et al., 2022). La situation de Stéphane, à la lumière des résultats de cette étude, suggère que les facteurs syndémiques aggravent sa détresse et contribue à ses visites fréquentes aux urgences pour des idées suicidaires.

## **Impact de la syndémie du trouble concomitant sur l'utilisation des services**

L'analyse intercas a démontré que, pour les trois cas, un nombre élevé de visites à l'urgence et de demandes de services a été effectué, autant pour des problématiques liées au trouble concomitant que pour d'autres besoins. La présente étude met en lumière l'influence des facteurs syndémiques sur l'utilisation des services d'urgence et les références effectuées. Des études antérieures mentionnent que des besoins de base non comblés (logement, nourriture) augmentent le nombre de visites dans les services de santé, mais aussi le nombre d'absence aux rendez-vous prévus (Berkowitz et al., 2016; Dong et al., 2018; Leddy et al., 2021). Une évaluation approfondie des déterminants sociaux de la santé et des besoins perçus serait alors une stratégie pertinente (Berkowitz et al., 2016).

Un autre résultat à considérer est le nombre d'autoréférences, particulièrement en CRD, qui reflète un besoin jugé prioritaire par la personne, mais non répondu. Toutefois, malgré une autoréférence, les personnes ont fréquemment abandonné les démarches lors du 1<sup>er</sup> contact avec l'intervenant. Selon l'étude qualitative de Dong et al. (2018), comparativement à d'autres besoins, le rétablissement du TUS était jugé prioritaire pour des personnes présentant des besoins complexes (problématiques physiques, TSM, itinérance). Cependant, trois besoins entraînent fréquemment en compétition avec le rétablissement du TUS : un logement sécuritaire, se nourrir quotidiennement et avoir un revenu financier (Dong et al., 2018). Dans notre étude, il est possible que les besoins mentionnés devaient être priorisés à un certain moment, limitant ainsi la possibilité d'accepter des services en dépendance. La motivation face au processus de changement de la consommation peut aussi fluctuer et amener la personne à finalement refuser les services (Düring et al., 2024; Motta-Ochoa et al., 2017). Contrairement aux demandes en CRD, et en excluant les interventions de crise 24/7 (interventions ponctuelles), peu de demandes ont été effectuées dans les services en santé mentale 1<sup>e</sup> ligne, ces résultats étant similaires à d'autres études indiquant un faible taux de référencement et de suivi dans les services externes de santé mentale pour un TSM/TUS après une visite à l'urgence (Barker et al., 2020; Gabet et al., 2022; Gaida et al., 2023). Ce faible nombre pourrait s'expliquer par la priorisation d'autres services (p.

ex. : hôpital de jour), l'évaluation du professionnel de la santé jugeant qu'un suivi n'est pas nécessaire, un manque de connaissances au niveau des services disponibles ou la difficulté d'effectuer une référence pour les personnes quittant l'urgence avant l'évaluation médicale. Par ailleurs, considérant que la mission principale des services d'urgence consiste à évaluer et stabiliser les situations aiguës et critiques, il est possible que l'équipe clinique n'envisage pas systématiquement de référer les personnes vers les services externes (Chochinov et al., 2023).

Un autre constat concerne l'implication asymétrique et limitée des infTUS, infTSM et TS. Selon Blanchette-Martin et ses collègues (2016), l'intervention de l'infTUS dans les services d'urgence permet un meilleur dépistage des problématiques liées à la consommation, ainsi qu'un accès accru aux services spécialisés. Comme dans la présente étude, leurs résultats dévoilent qu'un faible pourcentage de personnes était dirigé par l'équipe de soins vers l'infTUS (Blanchette-Martin et al., 2016). Ces professionnelles, ainsi que les infTSM et TS, peuvent jouer un rôle crucial de par leur expertise au niveau du dépistage, des interventions brèves, de la liaison avec les services externes et du suivi post-congé, réduisant ainsi la charge des équipes à l'urgence (Hsu et al., 2019, Motta-Ochoa et al., 2017; Samuels-Kalow et al., 2021; St-Pierre et Lessard, 2022).

La complexité du trouble concomitant semble reconnue par les professionnels, comme en témoignent sa mention dans les demandes de services, les références simultanées à plusieurs services et vers les programmes SIM/SIV, ainsi que celles liées aux déterminants sociaux de la santé. Cependant, la fragmentation actuelle des services ne permet pas une prise en charge intégrant les services en santé mentale et en dépendance (Hakobyan et al., 2020). Le GASMA assure déjà une porte d'entrée unique pour les demandes de services en santé mentale 1<sup>e</sup> ligne (MSSS, 2012), mais les systèmes informatiques entre services (urgence, CRD, système de justice, GASMA) ne sont pas réseautés (MSSS, 2021), alourdissant la tâche des professionnels. Des pistes de solution sont envisageables afin de simplifier les démarches et optimiser la prise en charge.

## **Pistes de solutions / implications cliniques**

### **1- Considérer le trouble concomitant selon une perspective syndémique**

Adopter une perspective syndémique du trouble concomitant serait une première étape pertinente, permettant une vision entière et non fragmentée de la personne (Baker et al., 2023; CSMC et CCDUS, 2023). Selon Vereeken et al. (2023), la perspective syndémique pourrait améliorer la compréhension des déterminants sociaux de la santé influençant la vulnérabilité sociale et biologique, tout en inspirant des stratégies pour réduire l'impact de ces déterminants à l'échelle socio-politique et écologique. Diffuser et enseigner l'utilisation des outils de dépistage existants, combinés à des évaluations plus élargies tenant compte de ces déterminants, pourrait aussi améliorer le dépistage et aider les intervenants à accompagner les personnes vers un ensemble de services adaptés (Andermann, 2018).

### **2- Arrimer la situation syndémique avec une approche plus intégrée**

Selon la littérature, une prise en charge intégrée est recommandée pour le trouble concomitant (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020), de même que pour une syndémie (Singer et al., 2020). La situation idéale reposerait sur une seule équipe interdisciplinaire, sous un même toit, détenant une expertise en trouble concomitant et ayant de solides collaborations avec les services en itinérance et judiciaires et les organismes communautaires (Baker et al., 2023; Fantuzzi et Mezzina, 2020). Toutefois, ce niveau d'intégration reste difficile à atteindre. Les programmes SIM/SIV, implantés depuis plusieurs années au Québec, offrent une structure interdisciplinaire efficace répondant à une vaste gamme de facteurs (MSSS, 2024; Trane et al., 2021). Ajouter une personne gestionnaire de cas à ces programmes pourrait favoriser un partage des rôles et une meilleure efficacité, en améliorant la coordination des interventions et l'accès aux services (Arya, 2020; Menear et al., 2017). Cette initiative, ayant déjà démontré son efficacité auprès des personnes ayant un trouble concomitant et étant en situation d'itinérance (Côté et al., 2022; Helm et al., 2024), pourrait aussi servir comme point d'entrée unique pour faciliter l'accessibilité aux services (Roy et al., 2019). Une personne gestionnaire de cas pourrait également être en place dans les services d'urgence afin de faciliter le congé à l'urgence et la

transition vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne et ainsi s'assurer qu'un suivi plus rapide puisse être réalisé (Poremski et al., 2016).

Avec la pénurie de professionnelles en sciences infirmières et en travail social dans les services publics (Plourde, 2024; Statistique Canada, 2023), l'augmentation des effectifs est actuellement improbable. Le rehaussement des rôles des infTSM, infTUS et TS serait alors une stratégie pertinente (CSMC et CCDUS, 2023; Richmond et al., 2021). La création d'une équipe de crise intégrée au service d'urgence pour les personnes présentant un TUS a aussi démontré une réduction de la durée de séjour ainsi qu'une meilleure continuité des soins (Schulz et al., 2021). Des modèles collaboratifs tels que l'ajout d'une personne avec expertise en TUS dans les services de santé mentale et vice-versa faciliterait l'évaluation du trouble concomitant et le processus de référencement (Glover-Wright et al., 2023; CSMC et CCDUS, 2023; Wakeman et al., 2019). Enfin, des initiatives telles que le Projet CHANGE ou l'équipe de médecine sociale à San Francisco ont démontré l'efficacité d'une approche holistique (Baker et al., 2023; Chase et al., 2020).

En congruence avec les recommandations précédentes, la littérature mentionne l'importance de la formation chez les professionnels de la santé et services sociaux intervenant auprès de la population ciblée afin de favoriser l'amélioration des connaissances sur les troubles concomitants (CCDUS, 2023; CSMC et CCDUS, 2023). Dans cette optique, plusieurs initiatives québécoises ont été mises en place dans les dernières années, telles que des formations en lignes, des formations croisées, des rencontres d'échanges et des séances de télémentorat (Association des intervenants en dépendance du Québec, 2025; Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, 2019; Équipe de recherche Michel Perreault, 2025). Le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants offre également des services de soutien-conseils aux différents établissements québécois afin de les soutenir dans l'implantation d'une offre de soins et de services intégrés, pérenne et adaptée aux besoins spécifiques des personnes présentant un trouble concomitant (MSSS, 2022).

## Forces et limites

Cette étude de cas multiples est une des rares études qualitatives explorant le trouble concomitant selon une perspective syndémique. L'analyse des trois cas a permis de dresser un portrait d'utilisation des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance, ainsi que les références vers les services d'aide au logement et financiers. Une force majeure réside dans l'utilisation des séries temporelles pour analyser la situation syndémique et les chevauchements entre les différents besoins. Cette étude présente aussi certaines limites. Étant circonscrite dans une région précise du Québec, les résultats de cette étude pourraient ne pas être généralisables à d'autres régions ou pays en raison des différences dans l'organisation des services. La période de collecte date de quelques années et précède également la pandémie de Covid-19. Considérant l'augmentation marquée des symptômes de santé mentale observée après la pandémie, en particulier en ce qui concerne les troubles anxieux et dépressifs, il est possible que les résultats soient différents si l'étude était réalisée aujourd'hui (Statistique Canada, 2023). Toutefois, bien qu'il existe des données probantes indiquant une augmentation de la prévalence de symptômes de santé mentale depuis la pandémie, des études récentes suggèrent qu'il n'y a pas eu de hausse au niveau des visites à l'urgence liées à des problèmes de santé mentale ni au niveau des consultations psychiatriques dans les services de santé mentale ambulatoires (Bruckner et al., 2023; Caselli et al., 2023). Les données au niveau du système judiciaire n'étant pas accessibles, l'identification des antécédents judiciaires était seulement possible s'ils étaient mentionnés dans le dossier médical ou si une référence avait été effectuée au programme d'accompagnement justice et santé mentale. De plus, en l'absence d'entrevues avec les personnes, il n'était pas possible de déterminer si elles avaient fréquenté des organismes tels que les banques alimentaires, les hébergements d'urgence ou les centres de thérapie non affiliés aux services de santé et services sociaux. Enfin, bien que les références non formelles (effectuées verbalement sans formulaire) consignées dans les notes médicales ou les notes évolutives infirmières aient été considérées, il est possible que certaines d'entre elles n'aient pas été inscrites, limitant l'exhaustivité de cette donnée.

## **Conclusion**

La présente étude renforce la littérature sur le fait que le trouble concomitant ne se limite pas à la coexistence de deux problématiques simultanées, mais résulte d'interactions complexes avec de multiples facteurs biopsychosociaux et environnementaux, créant un phénomène syndémique qui aggrave la situation de santé des personnes (Jegade et al., 2022; Singer et al., 2017). Cliniquement, cette situation syndémique est visible et semble influencer de façon non négligeable l'offre et l'utilisation des services. Une évaluation holistique intégrant les facteurs syndémiques est essentielle afin d'offrir une prise en charge à plusieurs niveaux permettant de répondre aux besoins des personnes (Bahji, 2024). Idéalement, cette prise en charge serait assurée par une équipe spécialisée autant en santé mentale qu'en dépendance, ayant une motivation à accompagner et soutenir la personne dans l'atteinte de ses objectifs et détenant des collaborations étroites avec les organismes communautaires et les services publics afin d'offrir un soutien optimal et personnalisé. La reconnaissance du trouble concomitant comme une syndémie permettrait de considérer la personne dans sa globalité, avec son contexte de vie, mais aussi d'intervenir sur les facteurs de vulnérabilité, optimisant ainsi son bien-être et sa qualité de vie à plus grande échelle.

## **Remerciements**

Les auteures tiennent à remercier la Chaire de recherche interdisciplinaire et d'intervention en services de santé pour son précieux soutien à la recherche. Elles remercient tout particulièrement Lysane Paquette pour sa relecture minutieuse, le Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour l'accès aux dossiers médicaux et Marie-Claude Bonneville pour son soutien dans la collecte des données.

## **Contribution des auteures**

Toutes les auteures ont contribué à la conception et au design de l'étude. Les étapes préparatoires à l'étude, la collecte des données et les analyses ont été effectuées par Isabelle St-Pierre et Liette St-Pierre. La première version du manuscrit a été rédigée par Isabelle St-Pierre et toutes les auteures ont lu et approuvé le manuscrit.

## **Financement**

Cette étude a été soutenue financièrement par la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec.

## **Déclaration éthique**

Cette étude a été réalisée conformément à la Déclaration d'Helsinki et a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CÉRC-2016-027). Considérant que les sources de données pour l'étude provenaient des dossiers médicaux, le comité d'éthique a approuvé la recherche sans exiger le consentement des personnes liées aux dossiers médicaux.

## **Déclaration des conflits d'intérêts**

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Références

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5, 5<sup>th</sup> Ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- 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>
- Arya, D. K. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 101979.
- Association des intervenants en dépendance du Québec. (2025, 18 juillet). *Troubles concomitants*. [https://www.aidq.org/fr/projet-troubles-concomitants?utm\\_source=yapla\\_infolettres&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=infolettre-professionnelle\\_avril\\_2024](https://www.aidq.org/fr/projet-troubles-concomitants?utm_source=yapla_infolettres&utm_medium=email&utm_campaign=infolettre-professionnelle_avril_2024)
- 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>
- Bahji, A. (2024). Navigating the complex intersection of substance use and psychiatric disorders: a comprehensive review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(4), 999.  
<https://doi.org/10.3390/jcm13040999>
- Baker, O., Wellington, C., Price, C. R., Tracy, D., Powell, L., Loffredo, S., Moscariello, S. et Meyer, J. P. (2023). Experience delivering an integrated service model to people with criminal justice system involvement and housing insecurity. *BMC Public Health*, 23, 222.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15108-w>
- Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A. et Vigod, S. N. (2020). Urgent outpatient care following mental health ED visits: a population-based study. *Psychiatric Services*, 71(6), 616-619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900466>
- Berkowitz, S. A., Hulberg, A. C., Hong, C., Stowell, B. J., Tirozzi, K. J., Traore, C. Y. et Atlas, S. J. (2016). Addressing basic resource needs to improve primary care quality: a community collaboration programme. *BMJ quality & safety*, 25(3), 164–172.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004521>
- Blanchette-Martin, N., Tremblay, J., Ferland, F., Rush, B., Garceau, P. et Danielson, A.-M. (2016). Co-location of addiction liaison nurses in three Quebec city emergency departments: portrait of services, patients, and treatment trajectories. *Canadian Journal of Addiction*, 7(3), 34-40.
- Bruckner, T. A., Huo, S., Huynh, M., Du, S., Young, A. et Ro, A. (2023). Psychiatric emergencies in Los Angeles county during, and after, initial COVID-19 societal restrictions: an interrupted time-series analysis. *Community Mental Health Journal*, 59(4), 622–630.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-022-01043-4>

- Butt, Z. A., Shrestha, N., Wong, S., Kuo, M., Gesink, D., Gilbert, M., Wong, J., Yu, A., Alvarez, M., Samji, H., Buxton, J. A., Johnston, J. C., Cook, V. J., Roth, D., Consolacion, T., Murti, M., Hottes, T. S., Ogilvie, G., Balshaw, R. et Tyndall, M. W. (2017). A syndemic approach to assess the effect of substance use and social disparities on the evolution of HIV/HCV infections in British Columbia. *PLoS ONE*, *12*(8), 1-16.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183609>
- Card, K. G., Lachowsky, N. J., Armstrong, H. L., Cui, Z., Wang, L., Sereda, P., Jollimore, J., Patterson, T. L., Corneil, T., Hogg, R. S., Roth, E. A. et Moore, D. M. (2018). The additive effects of depressive symptoms and polysubstance use on HIV risk among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, *82*, 158-165.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.005>
- Caron, R. M. et Adegboye, A. R. A. (2021). COVID-19: a syndemic requiring an integrated approach for marginalized populations. *Frontiers In Public Health*, *9*, 675280.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.675280>
- 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>
- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Marchetti, S., Lucca, G., Vitiello, E., Carbone, M. G. et Callegari, C. (2023). The impact of Covid-19 pandemic on mental health services: a comparison between first psychiatric consultations before and after the pandemic. *Clinical neuropsychiatry*, *20*(4), 233–239. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230402>
- Castelpietra, G., Skrinko Knudsen, A. K., Agardh, E. E., Armocida, B., Beghi, M., Moesgaard Iburg, K., Logroscino, G., Ma, R., Starace, F., Steel, N., Addolorato, G., Andrei, C. L., Andrei, T., Ayuso-Mateos, J. L., Banach, M., Bärnighausen, T. W., Barone-Adesi, F., Bhagavathula, A. S., Carvalho, F., ... Monasta, L. (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health – Europe*, *16*, 100341.  
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100341>
- 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 toxicomanie et de santé mentale. (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](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://ruiss.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/61/2024/02/CECTC\\_2019\\_Texte\\_synthese\\_troubles\\_concomitants.pdf](https://ruiss.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/61/2024/02/CECTC_2019_Texte_synthese_troubles_concomitants.pdf)

- Chase, J., Bilinski, J. et Kanzaria, H. K. (2020). Caring for emergency department patients with complex medical, behavioral health, and social needs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 324(24), 2550-2551. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17017>
- Chichetto, N. E., Kundu, S., Freiberg, M. S., Butt, A. A., Crystal, S., So-Armah, K. A., Cook, R. L., Braithwaite, R. S., Fiellin, D. A., Khan, M. R., Bryant, K. J., Gaither, J. R., Barve, S. S., Crothers, K., Bedimo, R. J., Warner, A. L., Tindle, H. A. et Veterans Aging Cohort Study. (2019). Association of syndemic unhealthy alcohol use, cigarette use, and depression with all-cause mortality among adults living with and without HIV infection: veterans aging cohort study. *Open Forum Infectious Diseases*, 6, ofz188. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz188>
- Chichetto, N. E., Gebru, N. M., Plankey, M. W., Tindle, H. A., Koethe, J. R., Hanna, D. B., Shoptaw, S., Jones, D. L., Lazar, J. M., Kizer, J. R., Cohen, M. H., Haberlen, S. A., Adimora, A. A., Lahiri, C. D., Wise, J. M. et Freiberg, M. S. (2023). Syndemic trajectories of heavy drinking, smoking, and depressive symptoms are associated with mortality in women living with HIV in the United States from 1994 to 2017. *Drug & Alcohol Dependence*, 249, 110838. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110838>
- Chichetto, N. E., Canidate, S., Gebru, N. M., McNeely, K. V., Ding, D. D., Hanna, D. B., Parikh, Z., Shoptaw, S. J., Jones, D. L., Lazar, J. M., Kizer, J. R., Cohen, M. H., Haberlen, S. A., Lahiri, C. D., Wise, J. M., Palella, F., Levine, A., Friedman, M. R. et Plankey, M. (2025). Impact of syndemic heavy drinking, smoking, and depression on mortality among MSM with and without HIV: a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 266, 112523. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112523>
- 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>
- Chochinov, A., Innes, G., Kollek, D., Kreindler, S. et Petrie, D. (2023). *A systems approach to the future of emergency care. Chapter 2*. Canadian Association of Emergency Physicians. <https://caep.ca/section-one-a-systems-approach-to-the-future-of-emergency-care/>
- Clementi, E., Bartlett, S., Otterstatter, M., Buxton, J. A., Wong, S., Yu, A., Butt, Z. A., Wilton, J., Pearce, M., Jeong, D., Binka, M., Adu, P., Alvarez, M., Samji, H., Abdia, Y., Wong, J., Krajden, M. et Janjua, N. Z. (2020). Syndemic profiles of people living with hepatitis C virus using population-level latent class analysis to optimize health services. *International Journal of Infectious Diseases*, 100, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.08.035>
- Coid, J., Zhang, Y., Bebbington, P., Ullrich, S., de Stavola, B., Bhui, K. et Tsai, A. C. (2021). A syndemic of psychiatric morbidity, substance misuse, violence, and poor physical health among young Scottish men with reduced life expectancy. *SSM - Population Health*, 15, 100858. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100858>
- 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*. Commission de la santé mentale du Canada.

- Côté, P.-B., MacDonald, S.-A. et Renard-Robert, G. (2022). Favoriser la continuité : des activités de liaison post-hospitalières auprès des personnes en situation d'itinérance, *Revue du CREMIS*, 13(2), 4-9.
- De Ruyscher, C., Vandavelde, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. et Vanheule, S. (2017). The concept of recovery as experienced by persons with dual diagnosis: a systematic review of qualitative research from a first-person perspective. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 264-279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1349977>
- Dong, K. R., Must, A., Tang, A. M., Beckwith, C. G. et Stopka, T. J. (2018). Competing priorities that rival health in adults on probation in Rhode Island: substance use recovery, employment, housing, and food intake. *BMC Public Health*, 18(289), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5201-7>
- Düring, S. W., Austin, S. F., Mårtensson, S. et Johansen, K. S. (2024). Perceived advantages and disadvantages of substance use in a dual diagnosis population with severe mental disorders and severe substance use disorder. Considering the self-medication hypothesis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(4), 281-289. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2318649>
- Équipe de recherche Michel Perreault. (2025, 18 juillet). *Formation croisée*. <https://formationcroisee.com/>
- Eshak, T. B., Hobkirk, A. L., Whitener, C. J., Conyers, L. M., Hwang, W. et Sznajder, K. K. (2024). Syndemic of substance abuse, depression, and type 2 diabetes and their association with retention in care among people living with HIV. *AIDS and Behavior*, 28(5), 1612-1620. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04275-5>
- 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](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>
- Fujita, A. W., Ramakrishnan, A., Mehta, C. C., Yusuf, O. B., Thompson, A. B., Shoptaw, S., Carrico, A. W., Adimora, A. A., Eaton, E., Cohen, M. H., Jain, J. P., Adedimeji, A., Plankey, M., Jones, D. L., Chandran, A., Colasanti, J. A. et Sheth, A. N. (2024). Co-utilization of HIV, substance use, mental health services among women with current substance use: opportunities for

integrated care? *Journal of Primary Care & Community Health*, 1-10.  
<https://doi.org/10.1177/21501319241285531>

- Gabet, M., Cao, Z. et Fleury, M. J. (2022). Profiles, correlates and outcomes among patients experiencing an onset of mental disorder based on outpatient care received following index emergency department visits. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 67(10), 787-801. <https://doi.org/10.1177/07067437221087004>
- 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>
- Gerke, D. R., Call, J. et Auslander, W. F. (2022). The syndemic factors of violence exposure, substance use, and mental health problems: relationships to sexual risk behaviors in HIV-negative young men who have sex with men. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 13(2), 235-259. <https://doi.org/10.1086/711612>
- Glover-Wright, C., Coupe, K., Campbell, A. C., Keen, C., Lawrence, P., Kinner, S. A. et Young, J. T. (2023). Health outcomes and service use patterns associated with co-located outpatient mental health care and alcohol and other drug specialist treatment: a systematic review. *Drug & Alcohol Review*, 42(5), 1195-1219. <https://doi.org/10.1111/dar.13651>
- Glynn, T. R., Khanna, S. S., Hasdianda, M. A., O'Cleirigh, C. et Chai, P. R. (2025). Characterizing syndemic HIV risk profiles and mHealth intervention acceptability among patients in the emergency department. *Psychology, Health & Medicine*, 30(1), 30-46.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2407450>
- Gomez, K.U., McBride, O., Roberts, E., Angus, C., Keyes, K., Drummond, C., Buchan, I., Fleming, K., Gilmore, I., Donoghue, K., Bonnet, L. et Goodwin, L. (2023). The clustering of physical health conditions and associations with co-occurring mental health problems and problematic alcohol use: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23, 89.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04577-3>
- 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>
- Gramling, L.F. et Carr, R. L. (2004). Lifelines: a life history methodology. *Nursing Research*, 53(3), 207-210. <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00008>
- Gulbas, L. E., Pavelka, C., Hausmann-Stabile, C. et Zayas, L. H. (2024). Rethinking comorbidity: a case study of syndemic risk, eating disorders, and suicidal behaviors in adolescent girls of color. *Qualitative Social Work*, 20240108. <https://doi.org/10.1177/14733250231225170>
- 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>

- Helm, A. F., Andre, M. A., Shaffer, P. M., Bruzios, K. E., Marcus, S., Harter, J. et 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>
- Humphreys, E., Ladner, T. et van Draanen, J. (2023). A qualitative assessment of the treatment needs of women with concurrent eating and substance use disorders in a residential setting. *Journal of Dual Diagnosis*, 19(2-3), 153–165. <https://doi.org/10.1080/15504263.2023.2192175>
- 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>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024, 20 septembre). *Déterminants de la santé*. <https://www.inspq.gc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
- Iudici, A., Girolimetto, R., Volponi, G. et Eletto, A. (2020). Dual diagnosis and application problems in the use of the construct: a review of literature. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 208(3), 181-189. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001092>
- Jackson, K., Kaner, E., Hanratty, B., Gilvarry, E., Yardley, L. et O'Donnell, A. (2024). Understanding people's experiences of the formal health and social care system for co-occurring heavy alcohol use and depression through the lens of relational autonomy: a qualitative study. *Addiction*, 119(2), 268–280. <https://doi.org/10.1111/add.16350>
- Jain, J. P., Santos, G.-M., Hao, J., Leonard, A., Miller, A. A., Cuca, Y. P. et Dawson-Rose, C. (2022). The syndemic effects of adverse mental health conditions and polysubstance use on being at risk of clinical depression among marginally housed and homeless transitional age youth living in San Francisco, California. *PLoS ONE*, 17(3), e0265397. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265397>
- 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, 114720. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114720>
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 730-737. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>
- Khan, S. (2017). Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada – Rapport sur la santé. *Statistique Canada*, 28(8), 3-9.

- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- 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. (2022). 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>
- Leddy, A. M., Zakaras, J. M., Shieh, J., Conroy, A. A., Ofotokun, I., Tien, P. C. et Weiser, S. D. (2021). Intersections of food insecurity, violence, poor mental health and substance use among US women living with and at risk for HIV: evidence of a syndemic in need of attention. *PLoS ONE, 16*(5), e0252338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252338>
- Lett, E., Abrams, M. P., Moberg, E., Benson, G. P. et Perlson, J. E. (2022). Syndemic relationship of depressive symptoms, substance use, and suicidality in transgender youth: a cross-sectional study using the U.S. youth risk behavior surveillance system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 57*, 2293-2304. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02348-1>
- Livingston, J. D. (2020). *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire*. Commission de la santé mentale du Canada. [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-07/structural\\_stigma\\_in\\_healthcare\\_fr.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-07/structural_stigma_in_healthcare_fr.pdf)
- McDonald, L. R., Antoine, D. G., Liao, C., Lee, A., Wahab, M. et Coleman, J. S. (2020). Syndemic of lifetime mental illness, substance use disorders, and trauma and their association with adverse perinatal outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(1/2), 476-495. <https://doi.org/10.1177/0886260516685708>
- Mendenhall, E. (2016). Beyond comorbidity: a critical perspective of syndemic depression and diabetes in cross-cultural contexts. *Medical Anthropology Quarterly, 30*(4), 462-478. <https://doi.org/10.1111/maq.12215>
- Mendenhall, E. (2017). Syndemics: a new path for global health research. *Lancet, 389*(10072), 889-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30602-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30602-5)
- Mendenhall, E., Kohrt, B. A., Norris, S. A., Ndetei, D. et Prabhakaran, D. (2017). Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet, 389*(10072), 951-963. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30402-6)

- Meneau, M., Gilbert, M. et Fleury, M.-J. (2017). Améliorer la santé mentale des populations par l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 243-271. <https://doi.org/10.7202/1040253ar>
- Merriam, S. B. et Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: a guide to design and implementation* (4<sup>th</sup> éd.). Jossey-Bass.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2267632?docref=tBaWI98D96i52r5CJcsj9g>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2021). 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. Ministère de la santé et des services sociaux. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq\\_ch03\\_sante\\_web.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2023). *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*. Ministère de la santé et des services sociaux. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04\\_vgq\\_ch4\\_mai2023\\_web\\_vf.pdf](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. (2024). *Suivi intensif dans le milieu (SIM) - Cadre de référence*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-914-25W.pdf>
- Motta-Ochoa, R., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., Brunelle, N., Landry, M. et Brochu, S. (2017). A qualitative study of addiction help-seeking in people with different co-occurring mental disorders and substance use problems. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 15(4), 883-899. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9762-y>
- Mueser, K. T., Drake, R. E. et Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Patterson, M. L., Markey, M. A. et Somers, J. M. (2012). Multiple paths to just ends: using narrative interviews and timelines to explore health equity and homelessness. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2), 132-151. <https://doi.org/10.1177/160940691201100202>
- Plourde, A. (2024, 21 mai). *Mythes et réalités de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec*. Laboratoire de recherche et d'informations en santé et services sociaux. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/main-doeuvre-sante-services-sociaux/>

- Poremski, D., Harris, D. W., Kahan, D., Pauly, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Wasylenki, D. et Stergiopoulos, V. (2016). Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *General Hospital Psychiatry, 40*, 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.01.004>
- Richmond, J. S., Dragatsi, D., Stiebel, V., Rozel, J. S. et Rasimas, J. J. (2021). American association for emergency psychiatry recommendations to address psychiatric staff shortages in emergency settings. *Psychiatric Services, 72*(4), 437-443. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900501>
- Robinson, A. C., Knowlton, A. R., Gielen, A. C. et Gallo, J. J. (2016). Substance use, mental illness, and familial conflict non-negotiation among HIV-positive African-Americans: latent class regression and a new syndemic framework. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9670-1>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S. et Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Family Practice, 16*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- 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>
- Samuels-Kalow, M. E., Boggs, K. M., Cash, R. E., Herrington, R., Mick, N. W., Rutman, M. S., Venkatesh, A. K., Zabbo, C. P., Sullivan, A. F., Hasegawa, K., Zachrison, K. S. et Camargo, C. A. Jr. (2021). Screening for health-related social needs of emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine, 77*(1), 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.08.010>
- Sather, E. W., Cabral Iversen, V., Folsvik Svindseth, M., Crawford, P. et Vasset, F. (2022). Exploring sustainable care pathways - a scoping review. *BMC Health Services Research, 22*(1), 1595. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08863-w>
- Schrijvers, G., van Hoorn, A. et Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care, 12*, special edition integrated care pathways, 1-7. <https://doi.org/10.5334/ijic.812>
- 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>
- Singer, M. (1994). AIDS and the health crisis of the US urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social Science & Medicine, 39*(7), 931-948. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90205-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90205-4)
- Singer, M. (1996). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology, 24*(2), 99-110.

- Singer, M. et Clair, S. (2003). Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423-441. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. et Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- Singer, M., Bulled, N. et Ostrach, B. (2020). Whither syndemics? Trends in syndemics research, a review 2015–2019. *Global Public Health*, 15(7), 943-955. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317>
- Statistique Canada. (2023). *Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2023*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/231212/dq231212c-fra.pdf?st=dV2wWsG2>
- Statistique Canada. (2023, 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. et Lessard, S. (2022). La démarche de soins infirmiers en santé mentale. Dans: M. C. Townsend, K. I. Morgan, P. Pariseau-Legault et M.-H. Goulet. *Psychiatrie et santé mentale* (3<sup>e</sup> éd., p. 123-147). Pearson ERPI.
- 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(1), 102. <https://doi.org/10.1007/s44250-024-00167-6>
- 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>
- Tsai, A. C. (2018). Syndemics: a theory in search of data or data in search of a theory? *Social Science & Medicine*, 206, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.040>
- Tsai, A. C., Mendenhall, E., Trostle, J. A., Ichiro, K. et Kawachi, I. (2017). Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *Lancet*, 389(10072), 978-982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8)
- Tsuyuki, K., Pitpitan, E. V., Levi-Minzi, M. A., Urada, L. A., Kurtz, S. P., Stockman, J. K. et Surratt, H. L. (2017). Substance use disorders, violence, mental health, and HIV: differentiating a syndemic factor by gender and sexuality. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2270-2282. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1841-3>
- Turpin, R. E., Dyer, T. V., Dangerfield 2<sup>nd</sup>, D. T., Liu, H. et Mayer, K. H. (2020). Syndemic latent transition analysis in the HPTN 061 cohort: prospective interactions between trauma, mental health, social support, and substance use. *Drug & Alcohol Dependence*, 214, 108106. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108106>

- Urbanoski, K. A., Inglis, D. et Veldhuizen, S. (2017). Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 62(8), 551-559. <https://doi.org/10.1177/0706743717714467>
- Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R. et Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14, 117-123. <https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019>
- Vereeken, S., Peckham, E. et Gilbody, S. (2023). Can we better understand severe mental illness through the lens of Syndemics? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1092964. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1092964>
- Wakeman, S. E., Rigotti, N. A., Chang, Y., Herman, G. E., Erwin, A., Regan, S. et Metlay, J. P. (2019). Effect of integrating substance use disorder treatment into primary care on inpatient and emergency department utilization. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 871-877. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4807-x>
- Willen, S. S., Knipper, M., Abadía-Barrero, C. E. et Davidovitch, N. (2017). Syndemic vulnerability and the right to health. *Lancet*, 389(10072), 964-977. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30261-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30261-1)
- 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>
- Wu, C. J., Ramis, M. A. et Skerman, H. (2019). Integrated approaches for comorbidity. *Nursing & Health Sciences*, 21(4), 413-415. <https://doi.org/10.1111/nhs.12666>
- Yellin, H., Beckwith, C., Kurth, A., Liu, T., Castonguay, B., Patrick, R., Trezza, C., Bazerman, L. et Kuo, I. (2018). Syndemic effect of mental illness and substance use on viral suppression among recently-incarcerated, HIV-infected individuals in the CARE+ Corrections study. *AIDS Care*, 30(10), 1252-1256. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1455961>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (6<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Zhang, Y. et Coid, J. (2024). Childhood adversity determines the syndemic effects of violence, substance misuse, and sexual behavior on psychotic spectrum disorder among men. *Schizophrenia Bulletin*, 50(3), 684-694. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad165>



## **Chapitre 8 : Discussion intégrée**

Considérant qu'il s'agit d'une thèse par articles, une discussion sur les résultats a déjà été présentée dans chacun des articles. Toutefois, une discussion intégrée est nécessaire afin d'établir une cohérence d'ensemble et mettre en lumière les interrelations entre les différentes contributions, dans le but de dégager une interprétation globale et originale ainsi que formuler de nouvelles perspectives (Lewis et al., 2021). Selon Lewis et al. (2021), « l'objectif général du chapitre de discussion intégrée est de fournir une synthèse globale et de démontrer un niveau élevé d'abstraction, d'analyse et d'interprétation des résultats de la thèse » [traduction libre] (Lewis et al., 2021, p.1). La discussion intégrée de cette thèse s'appuie sur cette définition pour présenter tout d'abord les grands constats tirés de l'analyse des résultats du chapitre 4 ainsi que des trois articles de thèse. Des stratégies d'amélioration sont discutées et une conceptualisation innovante d'une trajectoire de soins intégrant les stratégies d'amélioration est ensuite présentée. Enfin, les forces et limites de la thèse, les contributions originales à l'amélioration des connaissances, les implications pour la discipline et les futures possibilités de recherche terminent ce chapitre.

### **8.1 Résumé des objectifs et des principaux résultats de la thèse**

L'objectif principal de cette thèse était de caractériser les trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant et transitant par les services d'urgence et les services de santé mentale et de dépendance ainsi qu'explorer la perspective syndémique du trouble concomitant à partir de ces trajectoires de soins. Le premier objectif spécifique (article 1, chapitre 5) était de décrire les trajectoires de soins et de services des personnes présentant un trouble concomitant et transitant par les services d'urgence. Cette étude transversale rétrospective avec analyse par correspondances multiples et analyse hiérarchique par regroupement a permis de distinguer cinq différentes trajectoires de soins variant selon les diagnostics émis au congé de l'urgence. Les principales différences entre les trajectoires concernent l'accès à une consultation psychiatrique, l'implication des infirmières de liaison en

santé mentale et dépendance ainsi que la présence d'une offre de services au congé de l'urgence. Certaines trajectoires de soins présentent des lacunes empêchant une prise en charge et une continuité des soins optimales, en particulier pour les personnes s'étant présentées pour des symptômes anxieux, symptômes d'intoxication à des substances et tentatives de suicide.

Suite à la réalisation du premier objectif, il semblait pertinent d'explorer plus en profondeur les services offerts et reçus à l'extérieur des services d'urgence. La caractérisation du portrait des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance offerts et reçus par les personnes présentant un trouble concomitant constituait le deuxième objectif spécifique (article 2, chapitre 6). Une étude descriptive transversale et rétrospective a révélé un faible nombre de références et parmi celles-ci, peu d'entre elles mentionnent le trouble concomitant comme raison justifiant la demande. De plus, un sous-objectif était de comparer les services offerts et reçus selon les cinq plus fréquents diagnostics médicaux émis au congé de l'urgence, les mêmes diagnostics définis dans le premier article, mais à partir d'une méthodologie différente. Les résultats ont mis en lumière une variabilité importante entre les groupes, sur le plan du nombre et du type de services offerts.

Le troisième objectif spécifique (article 3, chapitre 7) consistait à réaliser une étude de cas multiples afin d'étudier un concept encore peu connu lié au trouble concomitant, soit la perspective syndémique. Les trajectoires de soins et de services à l'urgence ainsi que les transitions vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne sur une période de 12 mois ont été analysées pour trois personnes. Cette étude a permis de constater que la perspective syndémique du trouble concomitant est visible sur ce continuum de soins et de services. Plusieurs déterminants sociaux de la santé (facteurs syndémiques) pouvant être associés au trouble concomitant ont aussi été identifiés. Des situations d'entrecroisement entre le trouble concomitant et les déterminants sociaux de la santé sont visibles sur les trajectoires de soins et semblent influencer le nombre de visites à l'urgence, les interventions associées ainsi que l'utilisation des services de santé et services sociaux de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, reflétant par le fait même une situation syndémique. La mise en

commun des résultats du chapitre 4 et des trois articles de thèse ainsi que leurs analyses font ressortir plusieurs grands constats, qui sont discutés dans les prochaines pages.

## **8.2 Grands constats**

Les quatre grands constats extraits des résultats de cette thèse sont : la perspective syndémique du trouble concomitant, la présence d'éléments de maintien d'une syndémie sur les trajectoires de soins, la variabilité de celles-ci faisant obstacles à une approche intégrée ainsi que la pertinence d'une vision plus élargie au niveau systémique.

### **8.2.1 Premier constat : la perspective syndémique du trouble concomitant**

L'analyse des trajectoires de soins et de services des personnes présentant un trouble concomitant a permis tout d'abord de faire ressortir le premier grand constat de cette thèse, soit l'apport d'arguments en faveur de la perspective syndémique du trouble concomitant.

Les résultats de la thèse ont tout d'abord permis d'illustrer la perspective syndémique du trouble concomitant sur les trajectoires de soins analysées. Plus spécifiquement, l'hétérogénéité locale a été mise en lumière par l'utilisation de deux méthodologies différentes, permettant l'identification de cinq trajectoires distinctes dans les deux premiers articles. Le troisième article arrive à des conclusions similaires par l'analyse de trois trajectoires différentes. La perspective syndémique a aussi été mise en évidence par la fréquence élevée de visites aux services d'urgence, lesquelles étaient autant liées au trouble concomitant qu'à des problématiques au niveau des facteurs syndémiques. L'analyse des services réalisée dans le deuxième article révèle que les références vers les services externes étaient reliées à plusieurs besoins différents : problématique de santé mentale, consommation de substances, besoin de logement, difficultés financières et besoins psychosociaux. Par ailleurs, le troisième article met en lumière les chevauchements fréquents entre les références et les suivis pour l'obtention de services variés en santé mentale, en dépendance et pour des besoins liés aux facteurs syndémiques. L'obtention

de ces résultats vient appuyer les arguments croissants d'une perspective syndémique du trouble concomitant. De plus en plus d'études ont commencé à s'y intéresser dans les dernières années (voir [tableau 2.2](#)) avec l'utilisation de plusieurs méthodologies différentes (Singer et al., 2020; Tsai, 2018), mais l'analyse des trajectoires de soins dans cette thèse est une approche méthodologique innovante dans l'étude des syndémies.

Les constats relevés dans cette thèse soulèvent un important questionnement : si la syndémie peut être observée sur les trajectoires de soins, cela peut suggérer que les soins et les services actuels ne permettent pas de répondre adéquatement aux besoins des personnes. En effet, si ces besoins étaient répondus, il est probable que la syndémie ne se manifesterait pas de manière aussi marquée. Plus spécifiquement, on peut supposer que la fréquence des visites à l'urgence serait alors moins élevée, en particulier celles reliées aux facteurs syndémiques. Or, l'afflux vers les urgences témoigne la majorité du temps d'un état de détresse et d'un manque d'alternatives dans les services externes pour obtenir du soutien et une réponse à ces besoins (Dion et al., 2024). Ces obstacles font en sorte que les services d'urgence deviennent l'unique ou le dernier recours pour les personnes présentant un trouble concomitant (Schmidt, 2018; Urbanoski et al., 2017; Wise-Harris et al., 2017).

Concernant les soins et les services de santé, bien que l'accès aux soins et l'utilisation des services fassent partie des déterminants sociaux de la santé pouvant avoir un impact significatif sur l'état de santé des personnes présentant un trouble concomitant (Livingston, 2020; Ross et al., 2015), leurs influences en tant que facteurs syndémiques restent très peu explorées. À ce jour, aucune étude ciblant spécifiquement ces facteurs chez la population présentant un trouble concomitant n'a été recensée. Seulement trois études ont examiné l'utilisation des soins et des services dans une perspective syndémique, en incluant les TSM et les TUS comme covariables. Ces études ont été réalisées auprès de personnes vivant avec le VIH ou à risque d'exposition (Eshak et al., 2024; Fujita et al., 2024) ainsi que dans la population générale (Coid et al., 2021). Cette thèse apporte un angle d'analyse novateur en examinant les schémas d'utilisation des soins

et des services des personnes vivant avec un trouble concomitant, ainsi que plusieurs facteurs syndémiques pouvant y être associés.

La littérature scientifique stipule qu'une situation syndémique, de par sa complexité, peut entraîner des impacts non négligeables sur la prise en charge de la personne, notamment sur les éléments suivants : la difficulté d'identification d'une problématique de santé, une diminution de l'efficacité des interventions ainsi qu'un accès limité aux soins de santé et services sociaux (Jegade et al., 2022; Mendenhall, 2017; Mendenhall et al., 2017; Pirrone et al., 2021; Singer et al., 2003). La prochaine section discute notamment de certains de ces éléments.

### **8.2.2 Deuxième constat : des éléments contribuant au maintien de la syndémie**

La caractérisation des trajectoires de soins à l'urgence, le portrait des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne et l'exploration de ces trajectoires selon une perspective syndémique a fait ressortir plusieurs éléments qui, selon la littérature ayant étudié les caractéristiques d'une syndémie, contribuent à son maintien (Byg et al., 2016; Mendenhall, 2017; Mendenhall et al., 2017; Pirrone et al., 2021; Singer et al., 2017; Singer et al., 2020). À partir des résultats de cette thèse, nous avons divisé les éléments repérés en trois niveaux : micro, méso et macro. Le niveau micro comprend le dépistage du trouble concomitant ainsi que l'évaluation des déterminants sociaux de la santé. Le niveau méso fait référence à l'accès aux services et à la continuité des soins alors que le niveau macro se situe au niveau de la fonctionnalité des trajectoires de soins, la nécessité d'une approche intégrée ainsi que d'une vision plus élargie au niveau systémique. Ces deux derniers points (niveau macro) seront discutés plus en profondeur dans les sections 8.2.3 et 8.2.4. Pris individuellement et ciblant uniquement la problématique du trouble concomitant de manière isolée, ces éléments ont été largement décrits dans la littérature en tant qu'obstacles et défis pour la population ciblée, mais les résultats de cette thèse permettent de les aborder sous l'angle d'éléments contribuant à maintenir la perspective syndémique du trouble concomitant et faisant obstacles à une prise en charge adéquate.

### **8.2.2.1 Identification et dépistage du trouble concomitant : la pierre d'assise du continuum de soins et de services (micro)**

L'identification du trouble concomitant constitue une étape charnière de la prise en charge, car elle conditionne l'ensemble du processus d'intervention à mettre en place en aval. En l'absence d'identification, il n'est pas possible de proposer un traitement approprié, d'assurer une transition efficace vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne et de soutenir la continuité des soins. Les résultats du chapitre 4 et des trois articles de thèse convergent vers des conclusions similaires : un obstacle majeur à une évaluation et une prise en charge adéquates du trouble concomitant réside dans sa difficulté de dépistage et son identification. En effet, dès l'arrivée à l'urgence, une divergence entre la raison de consultation (raison mentionnée par la personne) et le diagnostic émis par l'urgentologue a été décelée dans plus du quart des visites (28,4 %). Suite aux analyses par correspondances multiples et par regroupement dans le premier article, les visites liées aux idées suicidaires et aux symptômes dépressifs ont été divisées entre deux trajectoires. Les principales différences entre ces trajectoires concernent notamment l'implication de l'infirmière de liaison en dépendance. Tel que discuté dans le premier article, une explication possible à ces résultats réside dans la difficulté à évaluer de manière précise le trouble concomitant, tant au triage qu'à l'évaluation médicale (Dugas et al., 2019; Wang et al., 2019). Ces résultats semblent également indiquer que le TUS est plus difficilement détecté lors de certaines visites à l'urgence, comme en témoigne la faible implication des infirmières de liaison en dépendance. Cette dynamique suggère que le TSM est plus facilement identifié, conduisant alors à une sous-identification plus fréquente du trouble concomitant. Le deuxième article, quant à lui, a fait ressortir le faible taux de mention du trouble concomitant (14,1 %) lors d'une référence vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, une fréquence somme toute assez faible, considérant que toutes les personnes de l'échantillon présentent un trouble concomitant.

Les trois résultats présentés ci-dessus mettent en évidence, chacun à leur manière, la complexité des signes et symptômes associés au trouble concomitant lors des visites à l'urgence, l'hétérogénéité de la population concernée, ainsi que l'influence marquée des comorbidités. Ces constats renforcent de manière significative l'importance du dépistage du trouble concomitant,

afin d'assurer une évaluation clinique plus précise et une orientation adéquate vers les services appropriés afin de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes.

Nos résultats corroborent ceux de plusieurs études antérieures soulignant la difficulté de dépistage du trouble concomitant, notamment en raison d'une confusion entre certains symptômes pouvant s'apparenter à ceux d'autres pathologies (Blaney et al., 2019; Dombagolla et al., 2019; Eseaton et al., 2023; Lavergne et al., 2022b). Les attitudes défavorables et de stigmatisation des professionnels de la santé envers les personnes consommant des substances, ainsi que la crainte de dévoiler sa consommation par peur du jugement peuvent également être des enjeux entravant le dépistage (Anandan et al., 2021; Feldman, 2022; Mendiola et al., 2018). Par ailleurs, comme le soulignent les études de Singer et al. (2017, 2020), une situation syndémique tend à complexifier les signes et symptômes d'une condition clinique du fait qu'elle altère les caractéristiques habituellement utilisées pour confirmer un diagnostic, augmentant ainsi la confusion dans le processus diagnostique. À la lumière de ces constats, une recommandation serait d'effectuer un dépistage systématique du trouble concomitant pour toute personne se présentant avec des symptômes liés à la santé mentale ou la consommation de substances. Une revue systématique sur le dépistage à l'urgence des personnes présentant un TSM a mis en évidence que l'évaluation de la condition mentale était fréquemment réalisée incorrectement (69-80 %) ou même pas du tout (Chennapan et al., 2018). D'autres études ont également mentionné le faible taux de dépistage de la consommation de substances à l'urgence (O'Grady et al., 2019), sur les unités d'hospitalisation en santé mentale (Wang et al., 2019) ainsi que dans les services spécialisés en santé mentale (Reilly et al., 2023). Le troisième article de la thèse vient toutefois nuancer les précédents résultats, en ce sens où le trouble concomitant semblait plus facile à identifier à l'urgence, notamment lors de visites liées à des symptômes d'intoxication ou des idées suicidaires et lorsque la personne avait effectué plusieurs visites à l'urgence pour la même raison.

Selon Digel Vandyk et al. (2018), le fait de visiter fréquemment l'urgence et d'être reconnu par le personnel peut parfois avoir une influence positive, car ce dernier connaît les besoins de la personne et peut adapter ses soins à celle-ci. Toutefois, cette situation peut également amener le personnel de l'urgence à adopter des attitudes stigmatisantes (jugement, frustration) et à prendre des décisions rapides sans avoir préalablement effectué une évaluation approfondie des besoins (Digel Vandyk et al., 2018 ; Isbell et al., 2023). La consultation du dossier médical ou une collecte des données sur les antécédents psychiatriques, les hospitalisations antérieures et l'historique de consommation de substances est certes pertinente, mais cette évaluation n'informe pas sur les besoins actuels de la personne. La revue systématique de Chennapan et al. (2018) a mis en lumière qu'il est pertinent de procéder à une évaluation approfondie de la personne, quels que soient les antécédents inscrits au dossier. En se basant seulement sur le dossier médical et les antécédents biopsychosociaux, le personnel de l'urgence peut passer à côté d'informations pertinentes telles que des changements dans la condition de santé de la personne, dans la gestion de sa condition ou dans ses besoins actuels (Chennapan et al., 2018; Digel Vandyk et al, 2018; Isbell et al., 2023).

Un autre élément important à considérer dans l'analyse des résultats de cette thèse est le fait que nous avons utilisé le diagnostic émis à l'urgence, ce dernier représentant le principal besoin identifié par l'urgentologue suite à l'évaluation clinique, et non les diagnostics primaires formant le trouble concomitant. Ce choix méthodologique a permis de mettre en lumière la fréquence élevée de visites à l'urgence pour des idées suicidaires, et dans une moindre mesure, les tentatives de suicide, parmi les personnes présentant un trouble concomitant. Ces résultats tendent à démontrer l'ampleur de la détresse psychologique vécue par ces personnes et ce, indépendamment des diagnostics primaires composant le trouble concomitant. Il est également plausible de penser que cette détresse ainsi que plusieurs signes, symptômes ou besoins non spécifiques aux diagnostics primaires puissent être présents mais non identifiés, en raison des limites catégorielles actuellement utilisées dans l'évaluation diagnostique. Une approche transdiagnostique, explorant les processus psychologiques sous-jacents qui sont communs à différents troubles mentaux et en tenant compte de l'hétérogénéité de chaque personne,

pourrait permettre une évaluation plus ciblée et holistique (Eaton et al., 2023; Pérez-Esteban et al., 2024). L'approche transdiagnostique s'inscrit en cohérence avec un cadre syndémique, dans la mesure où elle repose sur le principe que les facteurs de risque, de protection et de maintien impliqués dans les troubles mentaux – qu'ils soient biologiques, sociaux ou environnementaux – ne sont pas spécifiques à un diagnostic en particulier, mais traversent plutôt les frontières nosologiques traditionnelles (Dalglish et al., 2020). Par ailleurs, les modèles dimensionnels transdiagnostiques intègrent de manière explicite les comorbidités en reconnaissant les relations entre les différentes variables associées au trouble concomitant. Ces modèles tiennent également compte des corrélations non fortuites entre divers TSM et TUS ainsi que leurs chevauchements, offrant ainsi un cadre plus souple pour appréhender la complexité des problématiques (Eaton et al., 2023).

En résumé, l'identification du trouble concomitant constitue un élément majeur dans la difficulté de prise en charge de cette population. La complexité des signes et symptômes ainsi que leur hétérogénéité inter- et intra-diagnostic peut accroître la difficulté de dépistage. De plus, certains signes et symptômes peu spécifiques peuvent passer inaperçus ou être sous-estimés. Le recours à un dépistage plus systématique à l'aide d'une approche transdiagnostique apparaît donc une stratégie pertinente pour permettre une évaluation plus holistique, en cohérence avec les fondements d'une approche syndémique. Par ailleurs, un élément central de l'approche syndémique réside également dans la considération des facteurs syndémiques (déterminants sociaux de la santé), dont l'influence sur l'évolution du trouble concomitant est particulièrement importante.

#### **8.2.2.2 Sous-évaluation des déterminants sociaux de la santé (niveau micro)**

À la lumière des résultats de cette thèse, la sous-évaluation des déterminants sociaux de la santé est aussi un élément semblant contribuer au maintien de la perspective syndémique du trouble concomitant. Le troisième article de cette thèse a permis d'identifier des déterminants sociaux de la santé agissant comme facteurs syndémiques, présents chez les trois cas étudiés et

pouvant influencer le trouble concomitant. De plus, des besoins liés à ces facteurs syndémiques ont été identifiés lors des visites à l'urgence, en particulier des besoins liés à l'hébergement. Nos résultats concordent avec ceux d'une revue systématique mentionnant les besoins matériels élevés des personnes utilisant les services d'urgence tels que les besoins associés à l'itinérance, la pauvreté, l'insécurité financière et alimentaire, le chômage, ainsi que les difficultés d'accès aux soins de santé (Malecha et al., 2018). De plus, d'autres recherches portant spécifiquement sur les visites à l'urgence des personnes présentant un trouble concomitant ont fait ressortir que les besoins liés à la pauvreté, les problématiques financières ou de logement et l'absence de soutien figuraient parmi les principaux facteurs motivant l'utilisation fréquente de l'urgence (Dion et al., 2024; Gaida et al., 2023; Lavergne et al., 2022b; McCarthy et al., 2021).

Les résultats du troisième article révèlent aussi que plusieurs demandes de références ont été effectuées pour tenter de répondre à certains de ces besoins. Les résultats du deuxième article, exposant une perspective élargie des types de références effectuées, démontrent également la présence de demandes liées à des besoins financiers, d'hébergement ou psychosocial. Toutefois, ces demandes étaient majoritairement des autoréférences et une faible proportion provenait des services d'urgence ou des autres services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Ces résultats soulèvent un questionnement sur la fréquence, mais également sur la qualité de la démarche d'évaluation des déterminants sociaux de la santé. Il importe d'abord d'examiner si une telle évaluation a effectivement été réalisée, que ce soit à l'urgence ou dans les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Si tel est le cas, plusieurs explications peuvent être avancées au regard de nos résultats : 1) des services ont été offerts sans qu'une référence formelle ne soit inscrite au dossier médical, 2) des références informelles ont été effectuées vers des organismes ou des ressources externes non affiliés aux services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, 3) aucune référence n'a été effectuée et les personnes ont entrepris leurs propres démarches auprès des services externes. Ces trois possibilités expliqueraient le fait que nous n'avons pas été en mesure de collecter ces données, celles-ci étant absentes des dossiers médicaux et des bases de données. A contrario, si l'évaluation des déterminants sociaux de la santé n'a pas été réalisée, il y a lieu d'approfondir sur les raisons de cette omission. Parmi celles-ci, la littérature mentionne le manque de temps, un manque de

connaissances sur la procédure de réalisation, la perception que l'évaluation n'appartient pas au champ de pratique du professionnel ou ce dernier ne voit pas la pertinence de questionner la personne sur ces éléments (Andermann, 2016, 2018; Kene et al., 2018; Loo et al., 2025; Muhrer, 2021; O'Grady et al., 2019).

La faible fréquence d'évaluation des déterminants sociaux de la santé dans les services d'urgence et les services de 1<sup>e</sup> ligne a été démontrée par plusieurs études (Andermann, 2018; Chennapan et al., 2018; Dion et al., 2024; Loo et al., 2025; O'Grady et al., 2019). D'ailleurs, l'étude de Dion et al. (2024), explorant les raisons pour lesquelles les personnes présentant un TSM et/ou un TUS visitaient fréquemment l'urgence, a fait ressortir qu'environ la moitié des personnes considéraient que leur état biopsychosocial n'était pas pleinement évalué et que la prise en charge n'était pas adaptée à la complexité de leurs besoins. Plusieurs visites à l'urgence étaient alors nécessaires afin d'obtenir une référence vers des services externes (Dion et al., 2024).

Ces constats mettent en évidence les besoins fréquents des personnes présentant un trouble concomitant concernant les déterminants sociaux de la santé. Toutefois, une lacune importante semble persister quant à l'évaluation de ces facteurs dans les services de santé et des services sociaux et ce, malgré le développement et la mise en application du *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* (MSSS, 2010), compromettant par le fait même la capacité du réseau à répondre adéquatement à leurs besoins. Une évaluation clinique plus précise apparaît donc essentielle afin de déterminer si les besoins peuvent être pris en charge au sein du service actuel ou s'il est nécessaire d'effectuer une référence vers des services plus appropriés.

Les études sur le concept de syndémie mentionnent l'impact non négligeable des déterminants sociaux de la santé sur l'établissement d'un diagnostic juste et conforme, particulièrement dans des situations complexes telles que les troubles concomitants (Jegade et al., 2022; Leddy et al., 202; Lett et al., 2022). L'omission d'évaluer ces déterminants peut orienter vers un diagnostic erroné ou en retarder le processus diagnostique, pouvant alors conduire à des

conséquences négatives pour la personne (Bahji, 2024; Mendenhall et al., 2017; Muhrer, 2021; Singer et al., 2017). La littérature a également démontré qu'une situation syndémique impliquant un TSM et plusieurs déterminants sociaux de la santé augmentait le risque d'idéations et de comportements suicidaires, soulignant l'importance cruciale d'intégrer ces facteurs dans l'évaluation clinique (Lett et al., 2022; Scheer et al., 2023). Dans cette optique, une approche syndémique permettrait d'appréhender de façon holistique et contextuelle les interactions entre le trouble concomitant et les facteurs syndémiques, plutôt que de considérer chaque trouble de manière isolée ou indépendant du contexte dans lequel il se manifeste (Andermann, 2018; Mendenhall et al., 2017; Singer et al., 2017; Singer et al., 2020).

Jusqu'à maintenant, deux éléments qui semblent contribuer au maintien de la perspective syndémique du trouble concomitant ont été discutés et approfondis. En excluant ces deux éléments, des barrières dites structurelles liées à l'accès aux services et à la continuité des soins ont également une incidence majeure sur la prise en charge du trouble concomitant et semblent participer au maintien d'une situation syndémique (Hakobyan et al., 2020; Iudici et al., 2020; Priester et al., 2016; Zhao et Mathis, 2024). Ces éléments seront approfondis dans les prochaines sous-sections.

### **8.2.2.3 Accès aux soins et aux services (Mésó)**

Plusieurs résultats de cette thèse convergent vers une difficulté d'accès à différents soins et services. Tout d'abord, lorsque l'on observe les heures de triage et de consultation psychiatrique, la majorité de l'échantillon (70 %) s'est présenté à l'urgence entre 9 h et 22 h (heures de triage), mais la majorité des consultations psychiatriques (70 %) ont été réalisées entre 8 h et 14 h. Considérant que plus de la moitié des personnes (52,7 %) se sont présentées à l'urgence après 16 h, plusieurs d'entre elles ont dû attendre plusieurs heures et le plus souvent le lendemain matin avant d'avoir accès à une consultation psychiatrique. De plus, les résultats du deuxième article soulignent les délais d'attente élevés pour la consultation psychiatrique (10 heures en moyenne) ainsi que pour accéder à un service de 1<sup>e</sup> ligne en santé mentale (22 jours

en moyenne). La difficulté d'accès à ces services semble plus notable pour certaines problématiques. Par exemple, les résultats du premier et deuxième article révèlent que jusqu'à 83 % des personnes ayant visité l'urgence pour des symptômes d'intoxication liée à une substance n'ont pas reçu de consultation psychiatrique et cette proportion est de 68 % pour les personnes s'étant présentées pour des symptômes anxieux. Ces difficultés d'accès ainsi que les temps d'attente élevés ont également été signalés dans la littérature (Fleury et al., 2018; Institut canadien d'information sur la santé, 2021; Shiraishi et al., 2018).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces enjeux d'accès, notamment des facteurs individuels tels que la méconnaissance des services disponibles, un manque de moyen de transport, la perception de ne pas avoir besoin d'aide et la crainte d'être stigmatisé (Dion et al., 2024; Gaida et al., 2023; Zhao et Mathis, 2024). Toutefois, ces raisons s'appliquent moins dans le cas présent, car dans cette thèse, les personnes se sont déplacées elles-mêmes pour aller à un service d'urgence ou vers des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Parmi les autres raisons possibles à ces résultats, mentionnons d'abord la proportion décroissante de psychiatres œuvrant dans les services publics (Fleury et al., 2019; MSSS, 2023a). Le ratio de psychiatres actifs dans la région de la Mauricie-et-Centre-du-Québec était de 9,8 par 100 000 habitants en 2022, ce qui était bien en-dessous du ratio moyen pour l'ensemble du Québec (14,8 par 100 000 habitants) (MSSS, 2023a). Les heures restreintes de disponibilité des services externes et des organismes communautaires ainsi que le manque d'alternatives accessibles lors d'une situation de crise sont aussi deux motifs fréquemment rapportés dans la littérature (Dion et al., 2024; Fleury et al., 2019c). Ces facteurs limitent la possibilité d'accéder à des soins au moment jugé opportun par la personne, expliquant l'utilisation fréquente des services d'urgence par les personnes présentant un trouble concomitant (Dion et al., 2024; Gaida et al., 2023).

Un résultat particulièrement notable de cette thèse concerne la difficulté d'accéder à des programmes de soutien dans la communauté tels que le SIM et le SIV. Par exemple, les résultats du troisième article mettent en lumière les visites fréquentes à l'urgence d'une même personne

pour des motifs variés, incluant la présence de symptômes psychotiques et d'intoxication aux amphétamines, ainsi que des difficultés financières et liées au logement. Deux références formelles ont été effectuées par le centre hospitalier, une vers le programme SIM, qui n'a reçu aucune suite et une seconde vers le programme SIV, qui a été refusée et réorientée vers un service externe. Cette situation illustre des limitations d'accès à des services spécialisés, même lorsque des critères cliniques et sociaux semblent justifier une prise en charge. Parmi les possibles raisons expliquant ces refus, la pénurie de main-d'œuvre dans ces programmes ainsi que le nombre élevé de postes vacants ont comme impacts des délais d'attentes élevés et un nombre de places limité (MSSS, 2023a). En effet, selon un audit de performance réalisé en 2022-2023, les personnes référées vers une équipe SIV ont attendu en moyenne 83 jours avant d'obtenir une première intervention, alors que le délai recommandé par le ministère est de 14 jours (MSSS, 2023a). De plus, malgré un nombre important de références, le nombre limité de places disponibles a entraîné le refus de plusieurs personnes (MSSS, 2023a). L'audit de performance soulignait également le manque d'accès aux programmes SIM/SIV ainsi qu'à des logements abordables, ce qui pouvait entraîner une détérioration de l'état mental de la personne et une utilisation plus fréquente des services d'urgence (MSSS, 2023a). Par ailleurs, une étude récente a mis en évidence le rôle des déterminants sociaux de la santé en tant qu'obstacles structurels pour l'accès à des services de 1<sup>e</sup> ligne, la raison étant que les personnes doivent prioriser leurs besoins de base (nourriture et logement) au détriment de leur état de santé mentale et physique (Zhao et Mathis, 2024).

Plusieurs études mentionnent l'apport positif des programmes de soutien en communauté pour offrir une structure intégrée efficace pour la prise en charge du trouble concomitant et pour contribuer à diminuer l'impact des déterminants sociaux de la santé (Beaulieu, 2025; MSSS, 2024a; Muhrer, 2021; Trane et al., 2021; Vereeken et al., 2023; Zhao et Mathis, 2024). Bien que ces programmes soient implantés depuis plusieurs années au Québec, tel que mentionné précédemment, leur portée demeure limitée. Trois revues systématiques ont confirmé leur efficacité tant en matière d'amélioration des soins que dans l'amélioration des trajectoires cliniques (Abufarsakh et al., 2023; Fries et Rosen, 2011; Penzenstadler et al., 2019).

Ces données suggèrent qu'un investissement accru dans ces programmes, notamment par l'augmentation du nombre de places disponibles, représenterait une valeur ajoutée significative pour renforcer la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant.

Les résultats précédents mettent en lumière la difficulté, pour les personnes présentant un trouble concomitant, d'accéder à des services pouvant répondre de manière plus globale à leurs besoins. La littérature mentionne également qu'une situation syndémique est associée à une difficulté d'accès aux soins (Singer et al., 2017), appuyant ainsi nos résultats. Toutefois, comme la littérature recensée n'a pas permis de trouver d'autres études abordant le trouble concomitant selon une perspective syndémique et les soins de santé comme variables principales, il n'a pas été possible de discuter d'éléments de comparaison. Une étude a tout de même abordé la question de l'accès aux services de santé dans certaines situations syndémiques impliquant des TSM et des TUS. Coid et al. (2021) ont exploré la syndémie formée par la présence de TSM, de TUS, de violence et de problématiques de santé physique à partir d'un échantillon de jeunes hommes issus de la population générale d'une région de Glasgow, en Écosse. Cette syndémie, associée à l'isolement de cette région et du peu de possibilités de transport, entraînait une difficulté d'accès aux services de santé, augmentant ainsi le risque de mortalité prématurée de cette population (Coid et al., 2021).

Un autre élément pouvant renforcer le maintien de la perspective syndémique du trouble concomitant réfère à la discontinuité dans les soins. Cet élément, fortement corrélé avec ceux présentés précédemment, peut contribuer à exacerber les vulnérabilités des personnes concernées et créer un obstacle à la prise en charge et à l'amélioration de l'état de santé de la personne (Appleton et al., 2021).

#### **8.2.2.4 Discontinuité des soins et des services (niveau méso)**

Les résultats de cette thèse suggèrent la présence d'une discontinuité dans les soins et les services offerts aux personnes présentant un trouble concomitant et ce, selon différentes

perspectives. D'abord, nos résultats démontrent une proportion relativement importante de personnes considérées comme de grandes utilisatrices des services d'urgence (au moins quatre visites par année) (Fleury et al., 2019b; Slankamenac et al., 2020). Cette utilisation fréquente de l'urgence peut témoigner d'une difficulté à obtenir des services de manière continue, tel que démontré par plusieurs études (Lavergne et al., 2022b; McIntyre et al., 2022; Morris et al., 2018). De plus, les proportions élevées de réadmission à l'urgence dans un délai de moins de sept jours (34,5 %) et de moins de 30 jours (30,3 %) et ce, fréquemment pour la même raison de consultation (46,7 %) ont aussi été rapportées comme des facteurs liés à une discontinuité dans les soins (Fleury et al., 2019b ; Morris et al., 2018; MSSS, 2023a; Slankamenac et al., 2019).

En ce qui concerne les références, les résultats des deuxième et troisième articles ont révélé un faible taux de référencement vers les services externes de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, ce faible nombre étant davantage marqué pour les services en santé mentale, comparativement aux références orientées vers les CRD. Certaines problématiques, telles que les tentatives de suicide, illustrent cette tendance de manière préoccupante : 73 % des personnes concernées n'ont reçu aucune référence vers des services externes et aucune autoréférence n'a été documentée. Les enjeux liés à la continuité des soins sont aussi démontrés par la proportion d'autoréférences dénombrée (24-27 %), particulièrement pour les CRD. De plus, les demandes liées aux besoins de logement et aux problématiques financières ou psychosociales étaient presque exclusivement des autoréférences. Ces constats suggèrent une lacune au niveau des protocoles de référencement vers les services externes, conduisant la personne à faire les démarches par elle-même pour tenter de répondre à ses besoins. Nos résultats s'alignent avec l'étude qualitative québécoise de Gaida et al. (2023) qui a exploré les facteurs encourageant ou limitant l'utilisation de l'urgence pour des raisons liées entre autres au trouble concomitant, du point de vue des gestionnaires, des professionnels de l'urgence et d'autres services hospitaliers ou partenaires de l'urgence. Les principaux facteurs encourageant l'utilisation de l'urgence et liés aux caractéristiques individuelles concernaient la complexité des besoins et la difficulté d'assiduité aux rendez-vous. Les facteurs reliés au système de santé étaient l'indisponibilité des services en santé mentale (insuffisance de ressources humaines et financières) et les difficultés d'accès aux services de 1<sup>e</sup>

ligne, particulièrement l'accès aux omnipraticiens et aux services en santé mentale (Gaida et al., 2023). Au niveau organisationnel, un facteur principal était relié à la difficulté de référencement vers les services de 1<sup>e</sup> ligne en particulier.

L'étude de Gaida et al. (2023) est la seule étude récente recensée ayant été effectuée avec une population présentant un trouble concomitant, limitant ainsi la comparaison de nos résultats. Trois études canadiennes récentes ont cependant étudié les suivis reçus par des personnes présentant certains TSM et/ou TUS. L'étude de Barker et al. (2020) a démontré que moins de la moitié des personnes ayant visité l'urgence pour une problématique de TSM ou de TUS avaient reçu un suivi avec un médecin dans les 14 jours suivant le congé de l'urgence. Les études de Fleury et al. (2023) et Gabet et al. (2022) arrivent à des conclusions semblables, soit qu'environ le tiers de l'échantillon a obtenu un suivi rapide (moins de 30 jours) et adéquat (au moins trois visites avec un médecin) après une visite à l'urgence. Gabet et al. (2022) ont aussi rapporté que moins du tiers de l'échantillon avait reçu des interventions psychosociales à l'externe dans les 12 mois suivant la visite à l'urgence.

En plus du faible taux de référencement discuté précédemment, les résultats du deuxième article révèlent que seulement 19 % des personnes ont reçu une référence simultanée vers les services en santé mentale et en dépendance. Cette faible proportion peut s'expliquer principalement par la fragmentation des services, laquelle rend impossible l'envoi d'une seule demande centralisée permettant d'offrir une continuité des soins adéquate (Sather et al., 2022). Le cloisonnement des réseaux informatiques des différents secteurs d'activité (urgence, services de santé mentale en 1<sup>e</sup> ligne, CRD) constitue également un obstacle majeur pour l'obtention d'un accès complet aux informations pertinentes liées à l'état de santé de la personne (MSSS, 2023a). Enfin, le caractère chronophage et la lourdeur administrative associés à la rédaction de plusieurs demandes vers différents services est une autre barrière fréquemment rapportée (Hakobyan, 2020, MSSS, 2012).

Un résultat intéressant concerne l'implication variable des infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance au cours des visites à l'urgence de notre échantillon. Les résultats du premier article mentionnent une implication limitée de ces infirmières dans la majorité des trajectoires. Concernant l'infirmière de liaison en santé mentale, les résultats du troisième article viennent appuyer ceux du premier article en mettant en lumière son absence dans certains centres hospitaliers sélectionnés dans notre étude, ce qui peut justifier son implication limitée. Du côté de l'infirmière de liaison en dépendance, les résultats des deuxième et troisième articles divergent de ceux du premier article, en révélant une implication plus fréquente, particulièrement lors des visites liées à des symptômes d'intoxication.

Une possible explication à ces résultats divergents réfère aux sources de données utilisées pour la réalisation de l'étude. Comme l'objectif du premier article était de caractériser les trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant, l'implication de l'infirmière de liaison en dépendance a été examinée selon une vision macro, en collectant les données provenant des dossiers médicaux seulement. Son implication était confirmée s'il en était fait mention dans le dossier médical ou si une référence lui avait été acheminée. Or, si une référence a été réalisée, mais n'a pas été consignée au dossier, il n'était donc pas possible d'avoir accès à cette information. Du côté des deuxième et troisième articles, l'objectif était d'explorer de manière plus approfondie les données provenant des dossiers médicaux ainsi que des bases de données SIC-SRD et SIC+, lesquelles répertorient toutes les références et les autoréférences effectuées dans les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance. Ces résultats ont permis de révéler l'implication plus élevée des infirmières de liaison au cours de certaines visites, mais également sa faible implication auprès de certaines autres. Une implication systématique de ces professionnelles auprès de tous types de trouble concomitant constituerait toutefois une valeur ajoutée significative.

Dans une perspective d'approche intégrée et syndémique, les infirmières détiennent une expertise clinique qui leur permet d'intervenir à plusieurs endroits sur les trajectoires de soins,

autant à l'urgence que dans les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. En effet, les recherches ont démontré les bénéfices associés à l'implication des infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance dans la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant (Blanchette-Martin et al., 2016; Elphinston et al., 2021; Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, 2024; Saraiva et al., 2020). Grâce à leurs compétences et leur approche biopsychosociale de la personne, elles sont notamment en mesure de réaliser le dépistage, l'évaluation clinique, le counseling, le suivi, les interventions brèves, ainsi que l'initiation de traitements, en collaboration étroite avec l'équipe médicale. Par ailleurs, les infirmières de liaison œuvrant à l'urgence contribuent à soutenir l'équipe clinique et à faciliter les transitions vers les services externes, permettant à la fois d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins (Wand et al., 2020). Dans ce contexte, leur intégration systématique au sein des trajectoires de soins pourrait représenter un levier stratégique majeur pour améliorer la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant.

Les sections précédentes mettent en lumière des éléments qui, selon les résultats de cette thèse, contribuent au maintien de la perspective syndémique du trouble concomitant. En effet, la difficulté de dépistage du trouble concomitant, la sous-évaluation des déterminants sociaux et des besoins associés ainsi que les difficultés d'accès aux services s'ajoutent à la discontinuité des soins pour illustrer les lacunes actuellement présentes dans les soins et services offerts à la population ciblée. Puisque la trajectoire de soins et de services représente le parcours des personnes tout au long de leurs épisodes de soins, il devient intéressant de poser un regard sur ce cheminement.

### **8.2.3 Troisième constat : certaines trajectoires de soins actuelles ne permettent pas d'offrir des soins selon une approche intégrée et syndémique**

L'utilisation des trajectoires de soins comme objet d'étude dans cette thèse a mis en évidence l'existence d'une diversité de trajectoires chez les personnes présentant un trouble concomitant ainsi qu'une variabilité marquée entre celles-ci. Cette variabilité est présente, tant

sur le plan des interventions qu'au niveau des professionnels impliqués et du processus de référencement. Cette hétérogénéité peut être perçue positivement si l'objectif est de personnaliser les soins et les services en fonction des besoins individuels. Toutefois, les résultats de cette thèse montrent que cette variabilité semble plutôt la conséquence de la présence d'obstacles entravant une prise en charge adéquate, ce qui contribue à renforcer la perspective syndémique du trouble concomitant, tel que discuté dans la [section 8.2.2](#). Dans un objectif d'intervenir adéquatement et manière équitable auprès de cette population, une approche syndémique, c'est-à-dire intégrant le mieux possible les services et incluant une coordination interdisciplinaire et intersectorielle serait à privilégier (Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; INESSS, 2016; Jain et al., 2022; Karapareddy, 2019; Singer et al., 2020; Turpin et al., 2020).

L'analyse des trajectoires de soins a permis de constater qu'une des trajectoires présentait plus d'éléments s'apparentant à une approche intégrée, soit celle des personnes présentant des idées suicidaires ou des symptômes dépressifs. Les résultats du premier article ont révélé que dans la majorité des visites liées à ces deux problématiques de santé, une consultation psychiatrique a été effectuée à l'urgence. Il s'agit aussi de la seule trajectoire dans laquelle on retrouve un ensemble d'interventions autant liées au TSM qu'au TUS, incluant celles effectuées par les infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance. Dans le deuxième article de la thèse, les résultats démontrent une plus grande proportion de références pour les visites liées à ces problématiques, incluant des références effectuées simultanément vers les services en santé mentale et en dépendance. Le troisième article a exposé la trajectoire de Stéphane, dans laquelle les interventions et les services s'apparentent à une approche intégrée. Stéphane a effectué huit visites à l'urgence pour idées suicidaires, dont six ont mené à un diagnostic de trouble dépressif et une pour symptômes de sevrage. L'infirmière de liaison en santé mentale est intervenue à chaque visite, tandis que celle en dépendance n'a été présente qu'une seule fois. Il a également bénéficié de services psychosociaux et d'un suivi au programme SIV. Un élément peut être avancé pour justifier les résultats présentés précédemment. Au niveau théorique, le modèle de l'idéation à l'action suggère que les idées suicidaires s'inscrivent dans un continuum, allant de l'idéation

suicidaire passive jusqu'au passage à l'acte (tentative de suicide) (Chan et al., 2025; Klonsky et al., 2016; Klonsky et al., 2017). Considérant qu'il est pratiquement impossible de prédire avec certitude le risque de passage à l'acte d'une personne (Belsher et al., 2019; Riera-Serra et al., 2023), les professionnels évaluent plutôt un risque relatif d'évolution des idées suicidaires vers un plan suicidaire ou un passage à l'acte à court terme (Lebel et al., 2018). Des interventions sont alors mises en place pour établir un filet de sécurité et diminuer ce risque (Lebel et al., 2018).

D'un autre côté, les résultats des premier et deuxième articles apportent un constat intéressant. Bien que les visites à l'urgence pour tentative de suicide puissent présenter des similitudes avec celles liées aux idées suicidaires, leurs trajectoires de soins sont nettement différentes. Ces différences ont été discutées en profondeur dans les deux premiers articles de la thèse, notamment concernant la nature physique des soins à apporter et le peu de références au congé de l'urgence pour les personnes ayant fait une tentative de suicide. Toutefois, les deux trajectoires de soins devraient être en mesure d'offrir des soins et des services similaires pour diminuer le risque de récurrence d'un passage à l'acte.

Une hypothèse pouvant être avancée concerne la difficulté et l'inconfort, pour les professionnels, de faire face à la détresse émotionnelle des personnes présentant des TSM et des TUS, en particulier lors d'une tentative de suicide (Sandahl et al., 2024). L'étude qualitative de Sandahl et al. (2024), effectuée auprès de personnes s'étant présentées à l'urgence pour automutilation ou tentative de suicide, a mis en évidence un manque de connaissances et de formation pratique chez l'équipe médicale en ce qui a trait à l'évaluation complète de l'état de santé mentale. Certaines personnes de l'échantillon ont rapporté que la collecte d'informations pour évaluer le risque de récurrence s'était résumée à une seule phrase, laquelle devenait le critère de base pour référer ou non vers un service approprié. Dans une optique de mise en place d'interventions préventives sécuritaires, ce constat révèle une lacune importante dans la collecte d'informations essentielles, tant au niveau de la situation clinique de la personne, mais aussi au niveau des facteurs de risque liés aux déterminants sociaux de la santé, notamment le soutien

social et l'environnement physique. Le manque de connaissances pour l'évaluation du risque suicidaire est également l'hypothèse présentée dans l'étude de Brodeur et al. (2021). Dans cette étude, 47 urgentologues ont été interrogés au sujet de leur attitudes et expériences dans les soins aux personnes en détresse psychologique (idées suicidaires ou tentatives de suicide). Près de 40 % ont répondu qu'il ne se sentaient pas assez formés pour bien répondre à ces états de crise. Dix des 44 répondants (22,7 %) ont déclaré ne pas réaliser eux-mêmes l'évaluation initiale de santé mentale et la confiait plutôt à une infirmière ou à une travailleuse sociale. Enfin, 50,0 % des répondants ont aussi indiqué qu'ils s'en remettaient à une travailleuse sociale pour déterminer le plan de prise en charge finale des personnes concernées. L'étude qualitative de McCarthy et al. (2023) arrive à des conclusions similaires concernant le personnel de l'urgence (majoritairement le personnel infirmier), soit un manque de confiance perçu pour réaliser l'évaluation des idées suicidaires ainsi qu'une crainte de prendre position sur le type d'interventions préventives à mettre en place, considérant le risque potentiel de préjudice. Par ailleurs, les participants à cette étude ont également mentionné deux obstacles encore bien présents à l'urgence pour la réalisation d'une évaluation complète et adéquate, soient le manque de temps et l'absence d'un environnement propice à l'écoute et aux échanges (McCarthy et al., 2023). Il convient de rappeler que la détresse émotionnelle n'est pas exclusive aux personnes présentant des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide. Elle peut également se manifester dans l'ensemble des TSM et des TUS. Dans cette perspective, il est important de fournir une écoute active et un soutien adapté, ainsi qu'assurer une continuité des soins afin de répondre de manière appropriée aux besoins cliniques et psychosociaux des personnes concernées.

Considérant que la trajectoire de soins des personnes présentant des idées suicidaires semble s'apparenter à une approche intégrée, celle-ci pourrait servir de fondation sur laquelle ériger une trajectoire de soins s'arrimant à une approche syndémique, incluant l'évaluation et un modèle de prise en charge des déterminants sociaux de la santé. La création d'une trajectoire de soins peut être une stratégie puissante pour améliorer la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant (Sather et al., 2022). Toutefois, son élaboration nécessite l'intégration de tous les éléments essentiels, présentés de manière claire, simple et explicite, afin

d'assurer un portrait réaliste et cohérent de la prise en charge souhaitée (MSSS, 2022a). Pour être fonctionnelle, la trajectoire doit être facilement compréhensible par les équipes cliniques afin de garantir son utilisation et s'assurer d'une qualité et d'une satisfaction dans les soins et les services offerts. Une revue récente de la littérature canadienne mentionne la nécessité d'apporter des améliorations à la trajectoire de soins des personnes présentant un trouble concomitant afin de garantir sa fonctionnalité et son efficacité (Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023). Celle-ci nécessite entre autres : une plus grande clarté au niveau des processus de référence, une meilleure intégration entre les services de santé mentale et les services sociaux et un amoindrissement des obstacles entre les milieux hospitaliers et les milieux communautaires. Une situation optimale serait de développer une trajectoire de soins alignée avec une perspective syndémique. Dans cette optique, la trajectoire de soins devrait être pensée et structurée de manière à intégrer les services sociaux et communautaires soutenant les déterminants sociaux de la santé tels que les services d'aide à l'emploi, l'accompagnement en logement, les services en réduction des risques et des méfaits ainsi que les services judiciaires (Jegade et al., 2022). Cette trajectoire de soins devrait toutefois conserver une certaine flexibilité afin de permettre l'adaptation de certaines interventions aux besoins spécifiques des personnes, tout en assurant une cohérence et une continuité dans la prise en charge.

En résumé, les résultats de cette thèse mettent en évidence une variabilité marquée des trajectoires de soins chez les personnes présentant un trouble concomitant et pour lesquelles des obstacles semblent faire entrave à une prise en charge intégrée et syndémique. La trajectoire des personnes s'étant présentées à l'urgence pour des idées suicidaires ou des symptômes dépressifs se distingue par la présence d'éléments s'apparentant à une approche intégrée, faisant de cette trajectoire un modèle intéressant pour concevoir une trajectoire de soins alignée avec une perspective syndémique qui intègre les déterminants sociaux de la santé. Tel que le souligne Singer et al. (2017), une réorganisation ou, à tout le moins, une reconsidération des structures existantes est essentielle si l'on veut offrir une prise en charge optimale et adaptée aux besoins complexes des personnes vivant avec un trouble concomitant.

#### **8.2.4 Quatrième constat : la pertinence d'une vision plus élargie au niveau systémique**

Malgré le fait que les objectifs de cette thèse ciblaient un volet clinique et organisationnel des services de santé, il semble pertinent de susciter une réflexion sur l'environnement et le système dans lesquels évoluent ces services.

Selon Willen et al. (2017), l'utilisation d'une « lentille » syndémique permet d'élargir, d'enrichir et de reformuler notre compréhension des situations complexes marquées par l'adversité en santé. Contrairement aux approches d'études de santé classiques, plutôt axées sur la définition de la maladie, une perspective syndémique définit la population en premier lieu, identifie les conditions qui créent et maintiennent la santé de cette population, examine pourquoi ces conditions peuvent différer entre les groupes et permet de déterminer comment ces conditions peuvent être adressées d'une manière compréhensive (Willen et al., 2017). En plaçant cette lentille macro sur la population présentant un trouble concomitant, les résultats de cette thèse ont permis d'approfondir la compréhension de la perspective syndémique du trouble concomitant sur plusieurs éléments, notamment sur la variabilité des trajectoires de soins, les multiples besoins qui y sont liés ainsi que sur l'utilisation des soins et des services associés.

Toutefois, plusieurs incompréhensions persistent sur les conditions sous-jacentes conduisant à la création, l'évolution, le maintien, mais également l'élimination de la perspective syndémique du trouble concomitant. Tel que mentionné dans la [section 2.3.2](#), et en adéquation avec les données de ce projet doctoral, le trouble concomitant fait partie intégrante d'un contexte, d'un environnement et d'un système, lesquels s'influencent mutuellement. Cette population, étant considérée vulnérable, évolue majoritairement dans un environnement et un système où s'entrecroisent de multiples inégalités sociales de santé, contribuant à façonner le phénomène de syndémie. À leurs tours, les facteurs façonnant la syndémie maintiennent la vulnérabilité de ces personnes, contribuant également à perpétuer ces inégalités sociales de santé.

La littérature est majoritairement en accord sur le fait que les inégalités sociales de santé sont évitables, car elles résultent d'une distribution inégale des ressources sur laquelle il est possible d'agir ou dont on peut en atténuer les effets (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2016; INSPQ, 2013; Willen et al., 2017). Les équipes cliniques ne peuvent évidemment, à elles seules, assumer la responsabilité de supprimer ou, à tout le moins, réduire les inégalités sociales de santé et les vulnérabilités syndémiques auxquelles leurs patients sont exposés. Des actions concrètes, tant au sein du système de santé qu'au niveau gouvernemental sont essentielles (Willen et al., 2017). Un levier majeur pour lutter contre ces inégalités sociales de santé et utilisé au Québec réside dans l'élaboration et la mise en application de politiques publiques ciblées pour les groupes les plus défavorisés afin d'améliorer leur état de santé (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2016). Le Québec s'est doté de multiples politiques sociales et de santé ciblant différents déterminants sociaux de la santé, telles que le Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé (MSSS, 2022e) et le Programme national de santé publique 2015-2025 (MSSS, 2015b). Ces politiques visent, par des actions de concertation et de collaboration, à agir sur un ensemble de déterminants en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population du Québec et réduire les inégalités sociales de santé (MSSS, 2015, 2022e). Ces plans d'action sont en adéquation avec les résultats de cette thèse, à savoir que les inégalités sociales de santé ont un impact majeur sur l'état de santé et qu'il est primordial d'agir de manière préventive pour diminuer ces inégalités et par le fait même diminuer l'utilisation des services de santé et services sociaux (MSSS, 2015, 2022e).

Cependant, une limite majeure associée à ces types de politiques réside dans sa portée restreinte. Certaines mesures ciblant seulement un ou quelques déterminants sociaux de la santé auprès d'une proportion relativement minime de la population — y compris parmi les groupes considérés vulnérables — leur impact mesurable sur l'état de santé de l'ensemble de la population demeure faible. En d'autres termes, bien que ce type d'action constitue un levier pertinent pour réduire les inégalités de santé, des mesures ciblant des niveaux plus intégrés et

plus universels de la population sont nécessaires (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2016).

### **8.3 Stratégies d'amélioration – Recommandations**

Les résultats discutés dans les sections précédentes exposent plusieurs lacunes sur les trajectoires de soins et de services en ce qui concerne le dépistage du trouble concomitant, l'évaluation des déterminants sociaux de la santé, l'accès aux services et la continuité des soins. Bien que la théorie syndémique ait permis de mettre en évidence les interactions entre certaines problématiques de santé et les inégalités d'accès aux soins, son attention en tant qu'objet de recherche et son applicabilité dans l'élaboration d'interventions demeurent encore peu explorées par les chercheurs (Outram et al., 2024; Pirrone et al., 2021). La revue de la portée de Outram et al. (2024) a néanmoins répertorié 11 études ayant utilisé la théorie syndémique dans le développement d'interventions en santé. Leurs recommandations pour le développement d'interventions mentionnent l'importance de : mettre l'emphase sur les liens interactionnels entre les facteurs biologiques, sociaux et environnementaux, développer les interventions dans une visée d'amélioration des services au niveau populationnel et non pas seulement au niveau individuel ainsi qu'intervenir autant que possible au niveau communautaire (Outram et al., 2024). Plusieurs améliorations sont possibles afin de mieux répondre aux besoins de la population présentant un trouble concomitant.

Les prochaines sections présentent plusieurs opportunités d'amélioration sur tout le continuum de soins et de services des personnes présentant un trouble concomitant. Nos suggestions sont basées sur une action prioritaire recommandée depuis plusieurs années et maintes fois soulignée dans la littérature qui fait référence à la mise en place d'une approche intégrée regroupant minimalement les services en santé mentale et en dépendance pour les personnes présentant un trouble concomitant (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Yule et Kelly, 2019). La littérature abordant la prise en charge d'une syndémie adhère aux mêmes recommandations; considérant les interrelations entre les facteurs biologiques, sociaux et

environnementaux, les interventions se doivent d’être aussi intégrées que possible afin d’offrir des soins et services optimaux (Chichetto et al., 2025; Singer et al., 2020). L’approche à préconiser est idéalement d’offrir des soins cliniques et de soutien psychosocial intégrés, assurés par une seule équipe située en un même lieu. Si un tel modèle centralisé n’est pas réalisable, une alternative minimale consisterait en une prise en charge interdisciplinaire et intersectorielle, incluant des accords de collaboration étroite avec les autres services (Bahji, 2024; Fantuzzi et Mezzina, 2020; Nadeau et Landry, 2015; Singer et al., 2020; Willen et al., 2017). Cette recommandation demeure toujours d’actualité d’autant plus que les lignes directrices et de nombreuses études reconnaissent qu’une approche intégrée constitue la norme de référence pour la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; INESSS, 2016; Karapareddy, 2019). Cependant, le déploiement d’une approche intégrée à grande échelle représente un défi organisationnel important en ce qui concerne les actions prioritaires à entreprendre, car il n’est pas possible de transformer le système en une seule étape. À la lumière de nos résultats, la prochaine section présente plusieurs recommandations pouvant être mises en place de manière graduelle sur tout le continuum de soins et de services, dans l’objectif de se rapprocher d’une approche plus intégrée et selon une perspective syndémique. Une conceptualisation innovante du continuum de soins est ensuite illustrée et explicitée et des suggestions au niveau socio-politique sont énoncées.

### **8.3.1 Perspective syndémique du trouble concomitant (niveau micro)**

Une première étape charnière consisterait à reconnaître la perspective syndémique du trouble concomitant afin d’initier un changement de paradigme. Cette reconnaissance validerait la conception entière et non fragmentée de la personne ainsi que la reconnaissance des relations synergiques bidirectionnelles entre le TSM, le TUS et les déterminants sociaux de la santé (Singer et al., 2020; Vereeken et al., 2023; Willen et al., 2017). Plusieurs études mentionnent les bénéfices d’adresser de manière holistique les besoins complexes d’une population : diminution des récidives au niveau des comportements néfastes, amélioration de la santé physique et mentale, amélioration de la sécurité financière et du support social ainsi que de la qualité de vie en général

(Baker et al., 2023; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; Vereeken et al., 2023). De plus, selon Vereeken et al. (2023), la reconnaissance d'une perspective syndémique du trouble concomitant contribuerait également à identifier les déterminants sociaux de la santé ayant un impact sur les facteurs structurels (dont les services de santé et l'accès aux soins) ainsi qu'à optimiser l'efficacité des interventions tant sur le plan clinique qu'au niveau organisationnel dans les établissements de santé et services sociaux.

### **8.3.1.1 Dépistage et identification du trouble concomitant**

Une perspective syndémique amène la nécessité d'identifier les problématiques de santé ainsi que les déterminants sociaux de la santé agissant comme facteurs syndémiques; il s'agit là d'un élément central de l'approche syndémique et d'un élément fondamental pour la pratique clinique duquel découleront les prises de décision pour des soins et un suivi adéquats (Mendenhall et al., 2022). Un dépistage du trouble concomitant à n'importe quelle porte d'entrée du système de santé et services sociaux, autant au triage de l'urgence qu'au MASM ou dans les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale ou en dépendance serait à prioriser (Fantuzzi et Mezzina, 2020). Un dépistage précoce, utilisant un seuil de détection plus faible (c.-à-d. dès qu'un TSM ou un TUS est soupçonné) pourrait permettre une prise en charge plus rapide, aider à diminuer le nombre de visites récurrentes aux urgences ainsi que la proportion de personnes nécessitant une aide urgente à long terme (Andermann et al., 2018; Vereeken et al., 2024). Tel que discuté dans la section [8.2.2.1](#), l'utilisation d'une approche transdiagnostique serait une avenue pertinente, celle-ci se basant sur les processus psychologiques communs aux TSM et aux TUS tout en tenant compte de l'hétérogénéité de chaque personne.

### **8.3.1.2 Évaluation incluant la santé physique et les déterminants sociaux de la santé**

Considérant que les déterminants sociaux de la santé et les problématiques de santé physique ont un impact non négligeable chez les personnes présentant un trouble concomitant et qu'ils contribuent à cristalliser une situation syndémique, une évaluation plus élargie de ces facteurs contribuerait à une meilleure compréhension de la situation de la personne pour, par la

suite, adopter une approche d'intervention intégrée, mieux adaptée à la complexité des besoins (CCDUS, 2023). Sans une évaluation complète et adéquate, plusieurs problématiques liées aux déterminants sociaux de la santé peuvent passer inaperçus, ne seront pas documentés dans les dossiers médicaux et ne pourront obtenir un soutien approprié (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Kanzaria et al., 2019; Malecha et al., 2018). Selon plusieurs études, considérer les interactions syndémiques d'une problématique contribue à obtenir un diagnostic plus précis, à optimiser le bien-être des personnes dans son ensemble et à s'attarder du même coup aux problématiques sociales et structurelles au niveau populationnel (Hsu et al., 2019; Mendenhall, 2017; Muhrer, 2021). Par exemple, dans l'étude de Hsu et al. (2019), des entrevues téléphoniques ont été réalisées auprès de 102 personnes afin d'évaluer leurs besoins sociaux et celles-ci ont ensuite été référées vers les ressources appropriées. Suite à ces démarches, les personnes ayant participé à l'étude ont mentionné des améliorations concrètes de leur situation, notamment grâce à l'accompagnement offert et à la facilitation de l'accès aux ressources communautaires. Les références effectuées ont permis de répondre à des besoins immédiats, tels que l'accès à la nourriture, au transport et aux soins de santé.

Tout comme le dépistage, cette évaluation pourrait être effectuée à n'importe quelle porte d'entrée du système de santé et services sociaux. Toutefois, le manque de temps et le manque de personnel (Loo et al., 2025) ainsi que la présence d'une altération de l'état mental ou de symptômes d'intoxication sont des obstacles souvent mentionnés (O'Grady et al., 2019). Plusieurs possibilités d'optimisation sont proposées par la littérature, notamment de tester différentes plages horaires pour déterminer le moment optimal de réalisation de l'évaluation (O'Grady et al., 2019), la mise en place d'une personne non-clinicienne à l'urgence chargée d'assister les personnes dans la complétion d'un questionnaire sur les déterminants sociaux de la santé (Kene et al., 2018) ainsi que l'utilisation de technologies mobiles ou numériques, permettant aux personnes de compléter un questionnaire de manière autonome pour ensuite l'intégrer à son dossier médical (Kanak et al., 2023).

### 8.3.1.3 Spécificité des outils de dépistage et d'évaluation

Un obstacle non négligeable relevé fréquemment est le manque d'outils de dépistage spécifiquement conçus pour le trouble concomitant et les déterminants sociaux de la santé (Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; Loo et al., 2025). Plusieurs outils de dépistage et d'évaluation sont disponibles mais la majorité d'entre eux ciblent une seule variable à la fois. Dans une perspective syndémique et intégrée, l'évaluation globale du trouble concomitant et des déterminants sociaux de la santé serait à privilégier afin d'avoir une vue d'ensemble des conditions de vie, des sources de stress et des autres facteurs affectant la santé mentale et le bien-être des personnes (Willen et al., 2017).

Une revue de la portée réalisée en 2024 a analysé les 14 meilleurs outils permettant de mesurer la complexité chez les personnes présentant un TSM (Kapustianyky et al., 2024). Deux d'entre eux, INTERMED et VCAT-CM (*Vancouver Community Analytics Tool Complexity Module*), ont été validés dans des établissements de santé mentale et se démarquent par leur rapidité d'administration et leur disponibilité en ligne (Stiefel et al., 1999; Shukor et al., 2019). Par ailleurs, Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan et al., 1998) et le *Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure* (Gibbons et al., 2022) sont deux outils ciblant plusieurs TSM et TUS et sont également disponibles en ligne. Enfin, *The Social Needs Screening Toolkit* (Health Leads, 2018) et *The Accountable Health Communities Screening Tool* (Billieux et al., 2017) ciblent plusieurs déterminants à la fois. En se basant sur les grilles déjà existantes, il serait intéressant de développer un outil intégré à la fois clair, concis et relativement rapide à administrer afin d'améliorer le dépistage de ces problématiques, notamment dans les services d'urgence.

### 8.3.1.4 Acquisition d'une compétence structurelle chez les professionnels

Le manque de formation des professionnels de la santé et la perception d'un manque de confiance pour dépister et évaluer les personnes présentant un trouble concomitant ont été maintes fois soulignés dans cette thèse ainsi que dans la littérature (Andermann et al., 2018; Glowacki et al., 2022; Priester et al., 2016; Ross et al., 2015; Sandahl et al., 2024). De plus, certains

obstacles semblent entraver l'évaluation des déterminants par les professionnels de la santé, dont un certain scepticisme quant à la pertinence de cette évaluation et du processus de référencement (Loo et al., 2025). Le développement d'une compétence structurelle chez les professionnels apparaît comme une stratégie pertinente (Harvey et al., 2022).

La compétence structurelle réfère à la capacité de reconnaître « les structures sociales pouvant influencer et façonner les problématiques cliniques à travers les questions posées lors de l'anamnèse de la maladie actuelle et de l'histoire sociale [...] » (Wang, 2019, p.2). Elle permet de comprendre que les symptômes, les attitudes ou les problèmes de santé d'une personne sont influencés par des situations personnelles antérieures, des politiques de santé et des contextes de vie (quartier, accès aux besoins de base, famille, emploi) (Melino, 2022). Un professionnel formé à cette compétence sera ainsi en mesure d'établir, avec l'aide de la personne, un historique social approfondi incluant les caractéristiques individuelles, les circonstances de vie, la santé émotionnelle, les comportements liés à la santé ainsi que les perceptions et l'utilisation des soins de santé (Harvey et al., 2022). Cette compréhension élargie des facteurs structurels et contextuels pourrait permettre de mieux interpréter l'expérience de santé de la personne et les raisons de ses choix qui peuvent parfois sembler inadéquats pour certains professionnels (Muhrrer et al., 2021). Elle pourrait également faciliter la communication avec la personne, contribuer à diminuer les préjugés et la stigmatisation, ainsi que favoriser un meilleur accès aux services (Mendenhall et al., 2022; Muhrrer et al., 2021).

En somme, l'utilisation d'une approche syndémique constituerait une étape prioritaire dans la prise en charge du trouble concomitant, permettant ainsi de mieux comprendre les interactions complexes entre les TSM, les TUS et les déterminants sociaux de la santé. Ce changement de paradigme justifie l'importance d'un dépistage précoce et d'une évaluation élargie des besoins sociaux, environnementaux et structurels, appuyés par des outils cliniques spécifiques et intégrés. Toutefois, ces changements demeurent insuffisants si l'accès aux services

n'est pas lui aussi renforcé (Andermann et al., 2018; Loo et al., 2025). La prochaine section présente des initiatives visant à améliorer l'accès aux services et la continuité des soins.

### **8.3.2 Accès et continuité des soins et services (niveau méso)**

La reconnaissance de la perspective syndémique du trouble concomitant soulève un questionnement sur les soins et les services considérés optimaux pour répondre aux besoins de la population, mais surtout sur l'accès aux services et la continuité des soins lorsqu'un suivi de l'état de santé de la personne est nécessaire. Plusieurs possibilités d'amélioration sont envisageables à différents niveaux.

#### **8.3.2.1 Rehaussement des rôles professionnels**

Les établissements de santé au Québec font actuellement face à une pénurie importante de professionnels de la santé et services sociaux, notamment au niveau de la profession infirmière (MSSS, 2023a; Statistique Canada, 2023). Bien que l'augmentation des effectifs infirmiers soit souvent envisagée comme solution, cette option apparaît peu réaliste à court terme dans le domaine de la santé mentale et ne constitue peut-être pas la stratégie la plus efficace. 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; Tremblay, 2018). Le rehaussement de leur rôle serait une stratégie pertinente pour contrer la pénurie de personnel, mais surtout pour améliorer l'accès et la continuité des soins (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2025; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; Morin et Lessard, 2019; Richmond et al., 2021). Le rôle occupé par les infirmières œuvrant dans des régions éloignées (Delli Colli, 2023) et les résultats de l'étude de Brodeur et al. (2021) décrits précédemment (évaluation initiale de santé mentale déléguée à l'infirmière à l'urgence) sont deux exemples qui démontrent que les infirmières, avec la formation adéquate, peuvent avoir un rôle plus élargi et une plus grande autonomie dans les soins qui ne serait que profitable pour le

système de santé et services sociaux et pour la population présentant un trouble concomitant (Garrod et al., 2020).

Un document très pertinent, 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. À titre d'exemple, l'évaluation de la condition de santé mentale fait partie des activités réservées des infirmières cliniciennes (OIIQ, 2016a). 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 (Charron et al., 2017; Déry et al., 2022). La coordination des soins est également un rôle fréquemment associé aux infirmières (Swan et al., 2019). En effet, de par leur vision globale de la situation de santé de la personne, les infirmières sont particulièrement bien positionnées pour agir en tant que professionnelle-pivot pour effectuer la coordination entre les soins à apporter et les professionnels impliqués (Swan et al., 2019). Cependant, le rehaussement des rôles devrait aussi s'accompagner d'une augmentation de l'autonomie de l'infirmière afin qu'elle puisse réaliser certaines interventions suite à l'évaluation de la personne, notamment de nature médicale, mais dans le respect de son champ de compétences (McCarthy et al., 2023; Swan et al., 2019).

La pratique infirmière avancée se développe également de manière croissante depuis quelques années (OIIQ, 2021a). Les infirmières détenant une expérience clinique en santé mentale ont la possibilité de réaliser une formation complémentaire afin d'être habilitées à diagnostiquer les troubles mentaux, au même titre que les psychologues (OIIQ, 2016b). Accorder une plus grande place à ces infirmières en pratique avancée élargirait les possibilités d'accès aux services de santé mentale et dépendance pour la population ciblée. L'IPSSM, laquelle détient une

maîtrise dans sa discipline, incarne un autre exemple concret de pratique infirmière avancée. En plus de pouvoir évaluer et diagnostiquer tous les troubles mentaux (sauf la déficience intellectuelle), elle peut notamment prescrire des examens diagnostiques, déterminer et prescrire les traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques et bien entendu, assurer le suivi de ces traitements (OIIQ, 2021b). Son intégration dans les services d'urgence pourrait apporter de nombreux bénéfices, notamment pour contrer la pénurie de psychiatres consultants à l'urgence, améliorer l'accès à une évaluation et une prise en charge rapide et diminuer les temps d'attente (Kilpatrick et al., 2023; MSSS, 2022d; Savard et al., 2022). Cette initiative fait d'ailleurs partie des stratégies retenues par le PAISM 2022-2026 pour améliorer l'accès dans les services de proximité (MSSS, 2022d).

En Australie, un modèle d'équipe innovant, dirigé par une IPSSM, a démontré des résultats positifs, tant en milieu urbain que rural (Wand et al., 2021a, 2021b). Cette équipe, composée d'infirmières de liaison, est intégrée à l'équipe de l'urgence et offre des plages horaires élargies sept jours par semaine afin d'intervenir auprès des personnes présentant des problématiques de santé mentale ou de consommation de substances. Dans ce modèle, les infirmières de liaison effectuent l'évaluation initiale de santé mentale et réfèrent la personne à l'IPSSM si la situation nécessite une évaluation approfondie. Un système coordonné de référence et de suivi avec les services en santé mentale et en dépendance est aussi en place. Ce modèle a démontré une réduction de la durée moyenne de séjour à l'urgence ainsi qu'une satisfaction de la clientèle, laquelle a rapporté s'être sentie écoutée, prise en charge rapidement et avoir bénéficié d'un suivi post-congé de l'urgence (Wand et al., 2021a, 2021b). Par ailleurs, une autre possibilité d'implication de l'IPSSM se trouve dans le programme SIM (MSSS, 2024a). Le cadre de référence de ce programme mentionne que l'ajout d'une IPSSM constituerait une valeur ajoutée, notamment en raison de sa capacité à assumer des fonctions de liaison, de coordination des soins interdisciplinaires et de soutien clinique, en collaboration étroite avec l'équipe et en complémentarité avec le médecin psychiatre (MSSS, 2024a).

Ce réaménagement des tâches et du partage des interventions s'inscrit dans le concept anglophone du *task-shifting*, permettant d'atténuer les effets de la pénurie de professionnels de la santé et d'attribuer aux infirmières des rôles considérablement élargis (Leong et al., 2021). Selon Mendenhall et al. (2017), cette approche constitue un modèle exemplaire pour la prestation de soins syndémiques. Toutefois, l'inconfort ressenti et le manque de connaissances sur la prise en charge du trouble concomitant sont des éléments fréquemment mentionnés par les professionnels de la santé pour assumer pleinement ce rôle élargi (Hove et al., 2023). Un accès à des formations en ligne et à des communautés de pratique telles que les programmes ECHO permettrait de pallier ces obstacles (Chicoine et al., 2022; Jenkins et al., 2022).

### **8.3.2.2 Mise en place ou renforcement d'équipes spécifiques**

Pour une prise en charge optimale, une approche syndémique nécessite la mise en place ou le renforcement d'équipes interdisciplinaires regroupant des expertises diverses (Singer et al., 2020). Plusieurs opportunités d'amélioration sont possibles, mais seulement quelques-unes seront décrites ci-dessous.

**À l'urgence.** Considérant que les personnes avec un trouble concomitant utilisent fréquemment les urgences, notamment à cause d'un manque d'accessibilité aux autres services ou de la survenue d'un état de crise (Dion et al., 2024), la création d'une équipe de crise intégrée au service d'urgence serait une opportunité d'amélioration stratégique (Digel Vanky et al., 2018; Dion et al., 2024; Gabet et al., 2020; Katiki et al., 2024). L'équipe d'Anderson (2022) a d'ailleurs effectué une méta-analyse sur l'efficacité des unités de crise de courte durée en santé mentale à l'urgence. Parmi les 12 études incluses, dont une provenant du Canada, les unités regroupaient des équipes interdisciplinaires composées majoritairement de psychiatres, travailleuses sociales et infirmières en santé mentale. Les résultats ont rapporté que ces structures pouvaient réduire les délais de prise en charge des problématiques liées à la santé mentale, les temps d'attente aux urgences et les admissions en milieu hospitalier, tout en améliorant les suivis post-congé de l'urgence (Anderson et al., 2022). Schulz et al. (2021) arrivent à des conclusions similaires au

niveau du temps d'attente à l'urgence et du suivi post-urgence, 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.

L'ajout d'une personne pair-aidante dans l'équipe de crise apporterait un soutien précieux : 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 de l'urgence est 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).

**Au congé de l'urgence** : Une équipe de gestion de cas composée notamment d'infirmières formées en trouble concomitant et d'une personne pair-aidante pourrait jouer un rôle central dans la transition vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Cette équipe serait notamment en mesure d'accompagner la personne dans ses démarches pour répondre à ses besoins de base et s'assurer qu'un suivi rapide et adapté est effectué au besoin. La continuité des soins, particulièrement importante pour les personnes présentant un TUS persistant, pourrait être assurée par une période de chevauchement entre les services (Beaulieu et al., 2024; Poremski et al., 2016).

L'équipe interdisciplinaire de médecine sociale, déployée dans une urgence de San Francisco, est un exemple concret de prise en charge utilisant une approche syndémique (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).

**Dans les services de 1<sup>e</sup> ligne, 2<sup>e</sup> ligne et communautaires.** Des modèles collaboratifs tels que l'ajout d'une infirmière détenant une expertise en dépendance dans les services de santé mentale (ou le processus inverse dans les services en dépendance) faciliterait l'évaluation du trouble concomitant et le processus de référencement (Glover-Wright et al., 2023; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; Wakeman et al., 2019).

L'établissement et le renforcement des collaborations avec les ressources communautaires, notamment les services de proximité (pharmacie, aide au logement, banques alimentaires, etc) et les services guidés par une approche de réduction des risques et des méfaits, font partie intégrante des éléments de la prise en charge d'une approche syndémique. Ils sont particulièrement pertinents si l'on considère le caractère persistant du trouble concomitant (TUS persistant), 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.

### **8.3.2.3 Modèles d'approche intégrée et syndémique**

Les programmes SIM/SIV, implantés depuis plusieurs années au Québec, constituent déjà une structure intégrée efficace pour la prise en charge des TSM et des TUS (Beaulieu, 2025; MSSS, 2023a; MSSS, 2024a; MSSS, 2024c; Trane et al., 2021). Plutôt que de développer de nouveaux modèles, il serait pertinent de renforcer et d'élargir l'offre de services existante au sein de ces programmes. Dans certaines régions à faible densité populationnelle ou éloignées des centres urbains, il peut être difficile d'offrir un suivi et des services efficaces aux personnes nécessitant une intensité de services tel que le programme SIM. Le suivi d'intensité flexible (SIF), appellation francophone du modèle FACT (*flexible assertive community treatment*) permet une offre de services personnalisée, s'adaptant aux enjeux des régions mentionnées précédemment (MSSS, 2024b). Trois revues systématiques ont conclu à l'efficacité du programme SIM auprès des

personnes présentant des troubles concomitants, notamment pour diminuer le nombre de jours d'hospitalisation, favoriser l'engagement et la rétention en traitement ainsi que la satisfaction des personnes (Abufarsakh et al., 2023; Fries et Rosen, 2011; Penzenstadler et al., 2019). Deux études qualitatives soulignent également le rôle fondamental de ce modèle dans le soutien au processus de rétablissement des personnes, en agissant notamment comme filet de sécurité (Brekke et al., 2021; Pettersen et al., 2014). Recevoir de l'aide concrète par la même équipe pour l'ensemble des besoins était également jugé sécurisant et mieux adapté à leur réalité (Brekke et al., 2021; Pettersen et al., 2014). Toutefois, un obstacle mentionné concerne le manque de connaissances des intervenants en matière de TUS, limitant par le fait même une offre de services intégrée pour les personnes présentant un trouble concomitant (Beaulieu, 2025). Les recommandations consistaient donc à former les intervenants sur le TUS et les interventions associées. Pour favoriser la coordination des interventions et les liens avec les ressources communautaires, le cadre de référence du programme SIM (MSSS, 2024a) mentionne l'importance du rôle de l'intervenant-pivot dans l'équipe. De plus, l'intégration dans l'équipe d'une personne pair-aidante ayant un savoir expérientiel du trouble concomitant est fortement encouragée, autant dans le PAISM (MSSS, 2022d) que dans le cadre de référence du programme SIM (MSSS, 2024a).

Les personnes présentant un trouble concomitant présentent une prévalence élevée d'antécédents judiciaires (Jegade et al., 2022). Le Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJSM+), implanté dans plusieurs régions du Québec depuis 2015, vise à favoriser l'arrimage entre les services judiciaires et les services de santé et services sociaux. Destiné aux personnes atteintes de TSM ayant commis une infraction criminelle, le programme propose un accompagnement volontaire dans une démarche de réinsertion sociale et dans l'objectif de détourner les personnes du système carcéral au profit de soins et services plus adaptés (Gouvernement du Québec, 2022). Une évaluation du programme a révélé un taux de complétion de 69 % et un taux de récurrence de 27 % (considéré faible) trois ans après la fin du programme (Dumais et al., 2024). Les participants de l'étude ont également mentionné plusieurs bénéfices, notamment la diminution des récurrences de délit criminel et des rechutes de consommation, la

stabilisation de l'état de santé mentale et des conditions de vie, la persévérance dans le traitement et un meilleur arrimage avec les autres services. Toutefois, des facteurs tels que l'instabilité résidentielle et/ou relationnelle ont été associés à un plus grand risque d'échec. De plus, le programme étant d'une durée d'environ 12 mois (Dumais et al., 2024), la création de liens solides avec les autres services avant la fin du programme est nécessaire afin d'assurer une continuité des soins. De ce fait, un arrimage étroit entre les programmes SIM/SIV et le programme PAJSM+ serait une stratégie pertinente pour éliminer les obstacles mentionnés ci-dessus.

#### **8.3.2.4 Continuité des soins à l'ère du numérique**

**Outils numériques.** Avec l'avènement de la pandémie de COVID-19, les outils numériques ont pris de plus en plus de place dans le système de santé dans l'objectif de maintenir un accès aux services de santé mentale et dépendance. L'utilisation de plateformes numériques de vidéoconférences telles que Zoom™ ou Teams™ est fréquente pour effectuer les suivis avec la clientèle, réaliser des interventions psychothérapeutiques et procéder à des téléconsultations (Katiki et al., 2024). La revue systématique de Katiki et al. (2024) a d'ailleurs fait ressortir que les téléconsultations dans les services d'urgence, effectuées par une infirmière de liaison en santé mentale, étaient efficaces pour diminuer les délais d'attente pour l'obtention d'une consultation psychiatrique et améliorer l'accès à des soins en santé mentale, en particulier pour les personnes habitant dans des régions éloignées ou rurales.

Une autre utilisation très pertinente de la technologie se situe au niveau de la formation des professionnels. Les formations en ligne, les webinaires et les communautés de pratique en ligne sont facilement accessibles et permettent de rejoindre une plus grande proportion de personnes. Des exemples d'utilisation du numérique tels que le programme de formation continue et de télémentorat ECHO® sur le trouble concomitant chapeauté par le CECTC (RUISSS de l'Université de Montréal, 2025), le programme *Managing co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions* de l'université de Sydney en Australie (Comorbidity Guidelines, 2025) et le programme de formation *Pathways to Comorbidity Care* également en Australie (Louie

et al., 2018) ont tous été implantés et évalués. Ces évaluations ont mentionné une amélioration des connaissances au niveau du trouble concomitant, une augmentation de la confiance en soi chez les participants en ce qui concerne la gestion des problématiques ainsi qu'un sentiment d'appartenance à une communauté (Chicoine et al., 2022; Louie et al., 2021; Marel et al., 2023).

L'utilisation des outils numériques devrait être maintenue et optimisée par le développement de solutions technologiques plus performantes. Toutefois, il est important de réfléchir aux obstacles en lien avec leur accessibilité pour la clientèle, notamment en ce qui concerne les ressources financières, la littératie numérique et les inégalités sociales.

**Dossier santé numérique.** Malgré le déploiement des dossiers médicaux électroniques dans les dernières années et l'utilisation de bases de données dans les établissements de santé et services sociaux, il subsiste encore à l'heure actuelle de nombreux obstacles afin d'obtenir l'ensemble des informations cliniques d'une personne tout au long de son continuum de soins et de services (MSSS, 2023a). Les dossiers médicaux ne sont pas tous convertis en format numérique, les bases de données ne communiquent pas entre elles et il est donc impossible d'accéder à plusieurs informations de la clientèle (MSSS, 2023a). Par exemple, la base de données utilisée dans les services de 1<sup>e</sup> ligne en santé mentale ne communique pas avec celle des services de 2<sup>e</sup> ligne en dépendance ni avec le dossier médical électronique des services d'urgence et des centres hospitaliers. Dans un contexte où le trouble concomitant exige une approche intégrée, cette fragmentation des données nuit à la continuité et à la coordination des soins. Le Ministère a entamé une transformation numérique par le déploiement du Dossier de santé numérique, qui vise à centraliser les données cliniques, les résultats d'examen et la médication au sein d'un seul dossier électronique (CIUSSSMCQ, 2025). Toutefois, sa mise en œuvre complète s'échelonne sur plusieurs années (MSSS, 2023a). Il est donc nécessaire de réfléchir à d'autres alternatives à court terme pour permettre un meilleur accès aux informations cliniques de la clientèle.

Les systèmes d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles génèrent des alertes destinées tant au personnel de l'urgence qu'à certains intervenants de 1<sup>e</sup> ligne tels que les équipes SIM/SIV lorsqu'un de leurs patients se présente à l'urgence et répond à un ou plusieurs critères, notamment de présenter un TSM et d'avoir visité les services d'urgence au moins cinq fois dans la dernière année (MSSS, 2023a). L'implantation de ce système a débuté depuis quelques années au Québec, mais la recension de la littérature n'a pas permis d'accéder à des résultats évaluant son efficacité et sa performance. Il serait alors pertinent de vérifier si ces systèmes, par la modification de certains paramètres, peuvent cibler la clientèle présentant un trouble concomitant et utilisant fréquemment les services d'urgence.

Un autre enjeu concerne les données issues des ressources communautaires, notamment les hébergements temporaires, les centres de désintoxication et les services judiciaires, lesquelles ne sont souvent pas accessibles, ni rattachées aux dossiers médicaux (Kanzaria et al., 2019). Dans une perspective syndémique, ces informations sont essentielles pour offrir une prise en charge adéquate aux personnes présentant un trouble concomitant. Le système de gestion de soins intégrés, implanté en 2007 à San Francisco, est un exemple de la faisabilité d'un tel système (Kanzaria et al., 2019). Celui-ci regroupe plusieurs bases de données médicales et sociales, incluant les données reliées aux déterminants sociaux de la santé, ce qui permet d'effectuer le suivi de certaines populations considérées vulnérables. L'implantation d'un système similaire permettrait d'avoir une vision holistique de la situation des personnes présentant un trouble concomitant et contribuerait à une meilleure coordination des soins, en permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'accéder à ces informations pour une meilleure planification des interventions (Andermann et CLEAR collaboration, 2016).

En somme, le système de santé québécois accuse un certain retard dans l'adoption et le déploiement d'outils numériques et technologiques, lesquels pourraient rehausser l'efficacité des services et des soins, en particulier dans le domaine de la santé mentale et dépendance. Bien que certains outils, tels que le Dossier santé numérique et le système d'alertes informatisées pour le

repérage des clientèles, soient en cours de déploiement ou déjà en fonction, leur efficacité demeure à évaluer de manière rigoureuse. Dans l'objectif d'offrir une approche syndémique, il y aurait tout intérêt à miser sur ces technologies et même sur un système de gestion de soins intégrant les ressources sociales et communautaires, afin de renforcer l'accessibilité aux services et la continuité de soins, mais également de faciliter le travail des intervenants impliqués et améliorer la satisfaction de la clientèle.

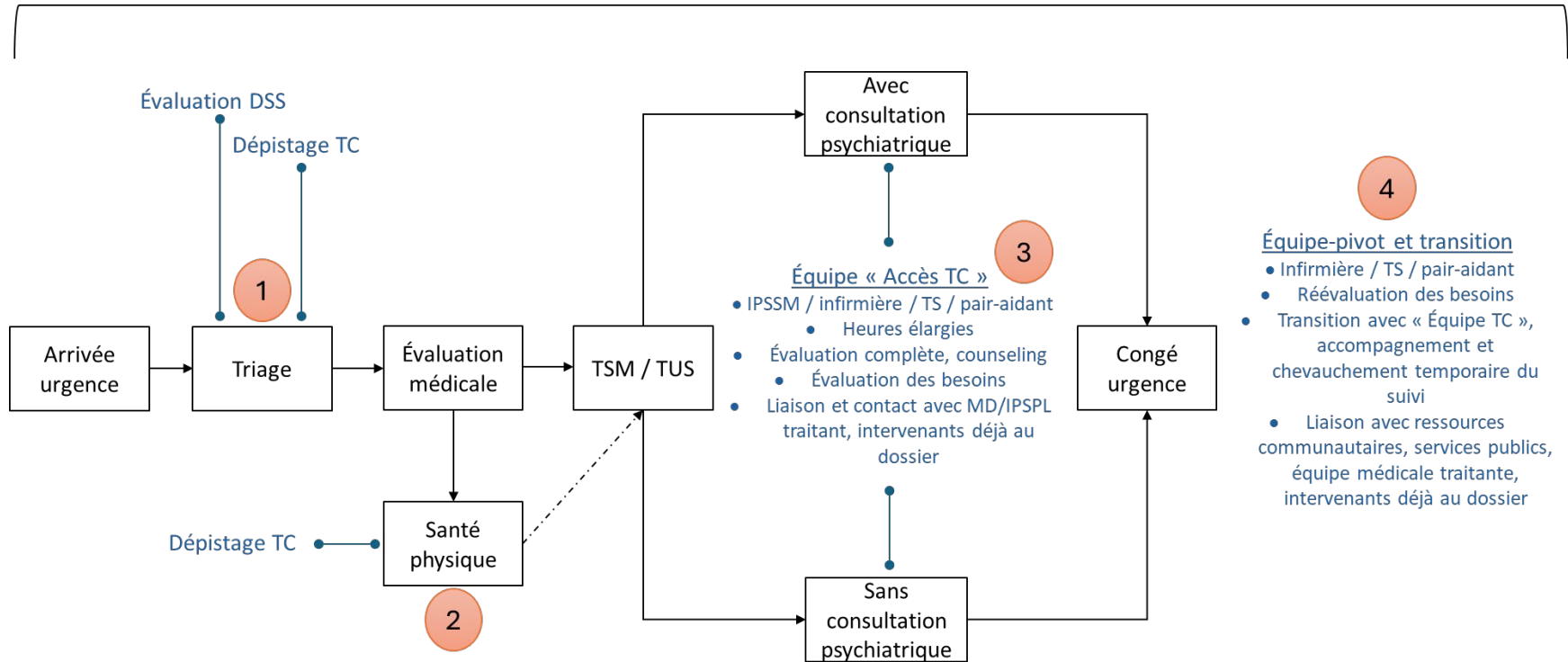
### **8.3.3 Conceptualisation innovante d'une trajectoire de soins (niveau macro)**

Les résultats de cette thèse ont mis en lumière plusieurs obstacles à la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant, notamment au niveau du dépistage de la problématique, de l'évaluation des déterminants sociaux de la santé, de l'accès aux services et de la continuité des soins. Une trajectoire de soins optimale doit s'appuyer sur des pratiques fondées à la fois sur des données probantes et des lignes directrices, mais aussi sur les politiques internes propres à chaque établissement, les particularités de chaque région et le travail d'équipe des professionnels impliqués à toutes les étapes du continuum (MSSS, 2024b; Sather et al., 2022).

Les recommandations formulées dans cette thèse visent à rapprocher les pratiques actuelles d'une approche syndémique 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 établies dans le PAISM 2022-2026, le PAID 2018-2028 et le *Plan d'action interministériel en itinérance* (PAII 2021-2026) (MSSS, 2021), renforçant leur potentiel d'inscription dans les priorités de financement ministériel. Les [figures 8.1](#) et [8.2](#) illustrent une conceptualisation innovante d'un continuum de soins et de services destiné aux personnes présentant un trouble concomitant. Ce modèle intègre à la fois la trajectoire de soins à l'urgence et la transition vers les services externes. Les paragraphes suivants détaillent les différentes sections du continuum. Les chiffres inscrits

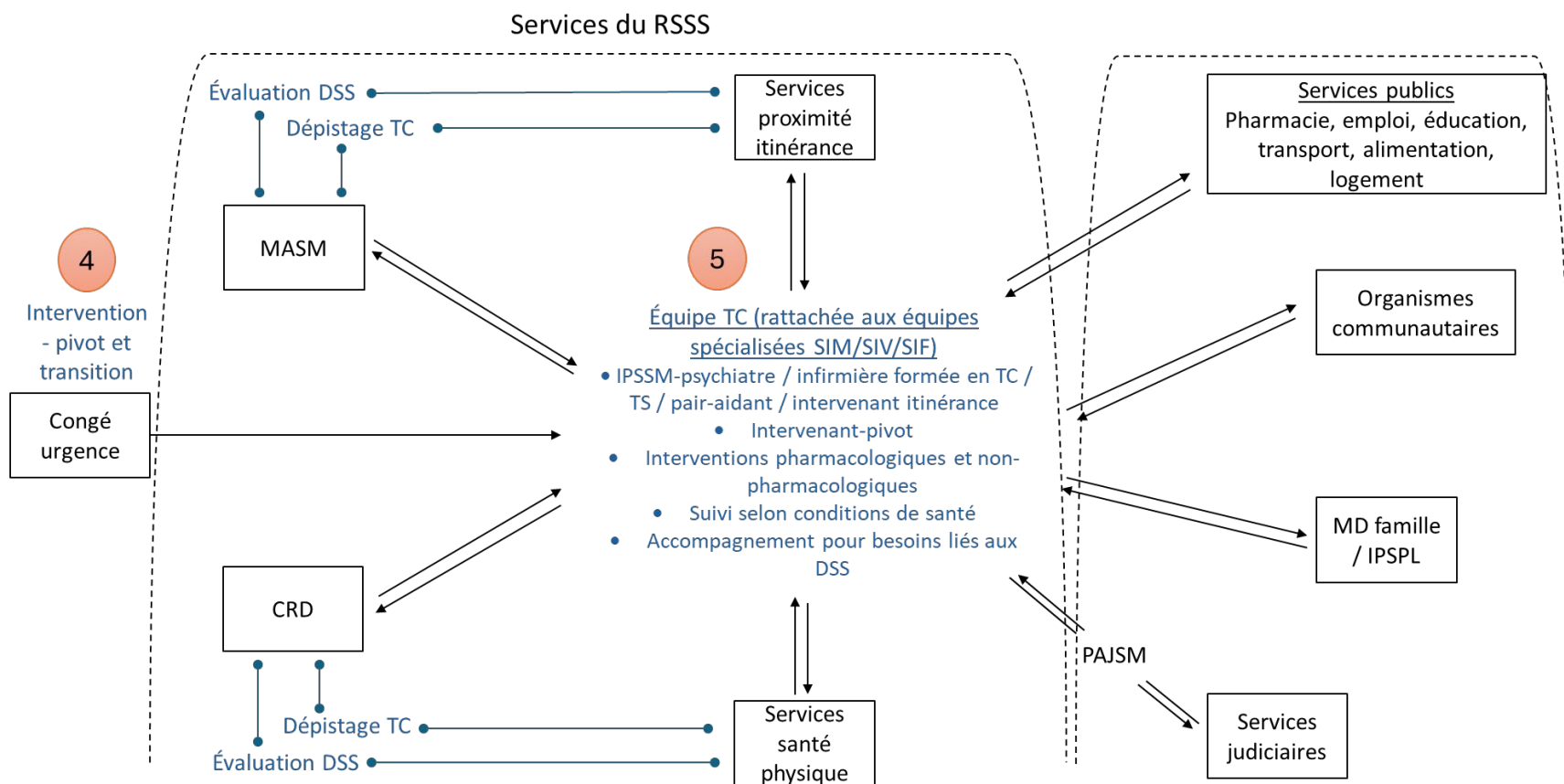
entre parenthèses réfèrent à différents segments du continuum et sont utilisés pour faciliter le repérage des éléments en lien avec les stratégies d'amélioration exposées précédemment.

## Services d'urgence



DSS = déterminants sociaux de la santé; IPSSM = infirmière praticienne spécialisée en santé mentale; MD/IPSP = médecin/infirmière praticienne spécialisée en première ligne; TC = trouble concomitant; TS = travailleuse sociale; TSM = trouble de santé mentale; TUS = trouble lié à l'usage de substances

Figure 8.1. – Conceptualisation de la trajectoire de soins à l'urgence



DSS = déterminants sociaux de la santé; CRD = centre de réadaptation en dépendance; IPSSM = infirmière praticienne spécialisée en santé mentale; MASM = mécanisme d'accès en santé mentale; MD/IPSPL = médecin/infirmière praticienne spécialisée en première ligne; PAJSM = programme d'accompagnement justice et santé mentale; SIF = suivi d'intensité flexible; SIM = suivi intensif dans le milieu; SIV = soutien d'intensité variable; TC = trouble concomitant; TS = travailleuse sociale

Figure 8.2. – Conceptualisation du continuum de soins dans les services externes



Tout d'abord, tel qu'abordé dans la [section 8.3.1.1](#), le dépistage du trouble concomitant devrait pouvoir être réalisé à n'importe quelle porte d'entrée du système de santé et services sociaux, minimalement au triage de l'urgence, au MASM et dans les CRD, ainsi que dans les cliniques externes en santé mentale, l'hôpital de jour et les services de proximité en itinérance (chiffre 1 dans la figure 8.1). D'autres services tels que les soins à domicile, les services judiciaires, les cliniques médicales et les organismes communautaires constituent également des lieux stratégiques pour le dépistage. Ces milieux pourraient assurer une orientation rapide vers les services spécialisés, tels que le MASM ou le CRD, pour une évaluation approfondie. L'évaluation des déterminants sociaux de la santé devrait également pouvoir être réalisé aux mêmes endroits sur le continuum de soins et de services. De plus, dans le cas d'une personne se présentant pour une problématique de nature physique à l'urgence, la présence de signes ou de symptômes laissant soupçonner une problématique de nature mentale devrait entraîner un dépistage du trouble concomitant (chiffre 2 dans la figure 8.1).

Plusieurs enjeux ont été soulevés à l'urgence au niveau des délais d'attente pour la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant, entre autres, le manque de temps, de confiance et de connaissances de la part du personnel pour réaliser une évaluation globale ainsi que la difficulté d'assurer une transition fluide et efficace après le congé. La mise en place d'une équipe intégrée ([section 8.3.2.3](#)), ci-après nommée équipe « Accès TC » (chiffre 3 dans la figure 8.1), pourrait permettre une prise en charge précoce et plus rapide selon une approche syndémique. La composition de l'équipe peut être variable, mais devrait inclure minimalement une infirmière clinicienne, une travailleuse sociale, une personne pair-aidante et une IPSSM. Suite au dépistage du trouble concomitant pendant le triage, l'équipe Accès TC serait avisée et une rencontre serait réalisée avec la personne afin d'effectuer une évaluation approfondie de l'état de santé mentale, des déterminants sociaux de la santé et des besoins mentionnés par la personne, ainsi qu'offrir du counseling, faire le lien avec l'équipe médicale traitante (médecin de famille, IPSPL) et les intervenants déjà au dossier. Cette équipe pourrait aussi agir à titre d'équipe-pivot lorsque la personne obtient son congé de l'urgence (chiffre 4 dans les figures 8.1 et 8.2) afin de favoriser une transition efficace vers les autres services et une meilleure continuité des soins.

Selon les particularités de chaque établissement, cette transition pourrait aussi être assurée par une autre équipe en s'assurant d'avoir une composition de l'équipe similaire, soit minimalement une infirmière clinicienne, une travailleuse sociale et une personne pair-aidante. Selon les besoins et les désirs de la personne, une liaison serait effectuée avec les services de 1<sup>e</sup> ligne en santé mentale où une équipe spécialisée en trouble concomitant (équipe spécialisée TC) pourrait poursuivre la prise en charge (chiffre 5 dans la figure 8.2).

L'équipe spécialisée TC serait une équipe rattachée aux programmes SIM/SIV/SIF ([section 8.3.2.4](#)) et inclurait idéalement une infirmière clinicienne détenant une expertise en trouble concomitant, une travailleuse sociale, une IPSSM/psychiatre détenant une expertise en trouble concomitant et en traitement des dépendances, une personne pair-aidante, une personne avec expertise en itinérance et un intervenant-pivot pour assurer la coordination et l'arrimage entre tous les services. L'intervenant-pivot aurait aussi comme tâche de faire le pont entre l'équipe spécialisée TC et le médecin de famille/IPSP, les services judiciaires via le PAJSM, le cas échéant, ainsi qu'avec les organismes communautaires.

Dans cette conceptualisation, un rôle plus élargi est octroyé à la profession infirmière, considérant les recommandations suggérées dans les sections précédentes. En effet, que ce soit en milieu urbain ou rural, la profession infirmière est présente dans les milieux de soins alors que pour d'autres professions, leur disponibilité est variable. Les cadres de références des programmes SIM/SIV/SIF recommandent d'ailleurs qu'au moins une infirmière soit intégrée dans chaque équipe (MSSS, 2024a; MSSS, 2024b; MSSS, 2024c).

### **8.3.4 Améliorations au niveau socio-politique**

Si l'on souhaite instaurer des changements tangibles et durables, les améliorations devraient également être instaurées à plus grande échelle, notamment au niveau des politiques de santé (Mendenhall, 2017; Singer et al., 2017; Singer et al., 2020).

#### 8.3.4.1 Création de lignes directrices québécoises pour le trouble concomitant

Le PAISM et le PAID soutiennent l'importance de déployer des soins et services en santé mentale et en dépendance intégrés et affirment que le continuum de services doit être soutenu et opérationnalisé par des trajectoires qui décrivent le cheminement le plus efficace et le plus efficient, permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin (MSSS, 2018; MSSS, 2022d). Pour ce faire, des lignes directrices claires et réalistes doivent être disponibles pour soutenir le développement de ces trajectoires. À l'heure actuelle, le Québec ne s'est pas doté de lignes directrices pour la prise en charge du trouble concomitant.

En 2016, l'INESSS avait réalisé une recension des modèles de dispensation des soins et services pouvant répondre adéquatement aux besoins des personnes présentant un trouble concomitant (INESSS, 2016). Cependant, aucune lignes directrices n'avaient découlé de cette recension. En 2023, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a effectué une revue des différentes lignes directrices qui aborde les services intégrés pour la population présentant un trouble concomitant (CCDUS, 2023). L'étude a recensé 37 documents canadiens, publiés entre 2017 et 2022, mais aucun ne provenait du Québec. Une étude de la portée réalisée en 2023 sur la prestation des services en santé mentale et en dépendance mentionne l'importance des lignes directrices afin de supporter l'utilisation des meilleures pratiques (Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023). Le dépistage, l'évaluation, les options de traitement et la coordination des soins pour les personnes présentant un trouble concomitant sont déjà bien explicités dans les documents recensés (CCDUS, 2023). Cependant, les trois études précédentes ont fait ressortir plusieurs éléments importants qui n'étaient pas abordés, mais qui seraient pertinents à intégrer, notamment les orientations concernant la réduction des risques et des méfaits, les déterminants sociaux de la santé, 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 *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.

Les études présentées précédemment pourraient être utilisées pour créer des lignes directrices plus spécifiques à la population québécoise; d'autres documents et références pourraient également être pris en considération. Par exemple, une synthèse des connaissances a été effectuée par le CECTC qui résume les principaux concepts et les bonnes pratiques entourant l'intégration des services pour les personnes présentant un trouble concomitant (CECTC, 2019). Le trouble concomitant est aussi abordé selon une perspective syndémique en mentionnant l'importance d'adapter les soins et les services à cette population et non de demander à celle-ci de s'adapter aux services déjà existants (CECTC, 2019). Par ailleurs, les services de santé de l'Alberta ont créé un coffre à outils accessible en ligne gratuitement, permettant d'avoir accès rapidement aux meilleures pratiques pour toutes les étapes de prise en charge et de suivi du trouble concomitant (Alberta Health Services, 2025).

#### **8.3.4.2 Inégalités sociales de santé et politiques publiques**

Il est primordial de tenter d'agir sur les causes sous-jacentes de la perspective syndémique du trouble concomitant, soient les inégalités sociales de santé, par l'étude à l'échelle du système des politiques de santé actuelles (Mendenhall, 2017). Les politiques qui ciblent spécifiquement les inégalités sociales de santé et qui ont une portée plus universelle auprès de la population ont plus de chances d'avoir un impact conséquent sur la réduction des inégalités de santé (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2016). L'évaluation de ces politiques permettrait d'en examiner leur pertinence, leur efficacité et de suggérer des modifications, afin que celles-ci répondent plus adéquatement aux besoins de la population québécoise (p. ex. : accès universel gratuit à la psychothérapie). Parallèlement, l'évaluation, la modification et la mise en œuvre des politiques publiques ciblant plus spécifiquement les groupes considérés vulnérables doivent tout de même se poursuivre (p. ex. : services d'hébergement à bas seuil d'exigences).

## 8.4 Forces et limites de la thèse

Malgré la taille modeste de l'échantillon, cette étude doctorale présente plusieurs forces. Tout d'abord, afin de tenir compte de l'hétérogénéité des personnes présentant un trouble concomitant, l'échantillon sélectionné a inclus une diversité de TSM et de TUS, d'âges différents, provenant de quatre établissements en milieux urbains et semi-urbains. Cette hétérogénéité augmente ainsi le potentiel de généralisation des résultats de cette thèse.

Au Québec, les données concernant les soins et services offerts en santé mentale et en dépendance sont difficiles à obtenir et à exploiter (MSSS, 2020). Actuellement, l'absence de dossier santé numérique centralisé, la diversité des bases de données selon les établissements et l'absence de communications entre ces différentes bases de données entravent l'accès à plusieurs informations pertinentes et complexifient l'extraction de ces données (INESSS, 2018). Cet enjeu engendre aussi une difficulté à collecter les données pour des projets de recherche (Fleury et al., 2018; INESSS, 2018). Une des forces de notre étude est d'avoir réussi à extraire plusieurs informations de ces bases de données malgré l'absence de communication entre celles-ci. Le présent projet de recherche a permis d'accéder à des données habituellement plus difficiles à obtenir et de les regrouper afin d'avoir une vue d'ensemble des trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant, utilisant les services d'urgence et les services en santé mentale et en dépendance. De plus, plusieurs données non accessibles via les bases de données clinico-administratives ont été collectées dans les dossiers médicaux telles que certaines caractéristiques (statut d'emploi, soutien social, situation au niveau du logement) et l'implication de différents professionnels de la santé (infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance, travailleuse sociale).

Tel que mentionné par Pirrone et al. (2021), les études sur l'approche syndémique recommandent une analyse approfondie des déterminants sociaux de la santé, non seulement au niveau individuel, mais aussi selon une vision plus macro. La présente thèse a fait un pas appréciable dans cette direction en explorant certains facteurs structurels tels que l'utilisation

des services de santé et sociaux et l'accès aux soins, des éléments reconnus pour leur influence sur le développement et la persistance des syndémies (Mendenhall et al., 2022; Singer et al., 2022).

Néanmoins, certaines limites doivent également être signalées. Une première limite se retrouve au niveau de la méthode de sélection des dossiers médicaux. Pour la première étape de sélection des dossiers (voir [figure 3.2](#)), les codes utilisés par les services d'archives ne permettaient d'identifier que les personnes ayant transité par l'urgence et ensuite avoir été hospitalisées en lien avec un diagnostic de TSM ou de TUS. Les personnes n'ayant jamais été hospitalisées pour un TSM ou un TUS – et dont les consultations se limitaient à des visites à l'urgence exclusivement – étaient automatiquement exclues à cette étape du processus de sélection. Il est fort possible qu'une certaine proportion de personnes n'ont pu être repérées si celles-ci n'ont effectué que des visites à l'urgence sans hospitalisation. De plus, faute d'accès à certaines bases de données, notre étude n'a pas permis d'explorer les liens de collaboration existants entre le système de santé et services sociaux et l'utilisation de certains services, notamment les organismes communautaires, les services en réduction des méfaits, les banques alimentaires, les hébergements d'urgence, les services d'aide à l'emploi ainsi que les services policiers et judiciaires.

Concernant le troisième objectif de la thèse, les sources de données (bases de données) et l'absence de certaines d'entre elles (scolarité, revenu, accès à un transport, proximité des services de santé et services sociaux) ne permettaient pas de faire un portrait exhaustif des déterminants sociaux de la santé. La collecte de certaines informations selon un devis qualitatif ou par l'utilisation d'outils tels qu'une écocarte aurait permis une exploration plus approfondie de certains facteurs pouvant avoir une influence sur la syndémie du trouble concomitant.

Finalement, nous ne pouvons passer sous silence la pandémie liée à la Covid-19 et l'augmentation significative des symptômes de santé mentale et de consommation abusive.

Considérant que la collecte des données de la présente étude a été réalisée avant 2020, les résultats pourraient diverger si l'étude était conduite aujourd'hui. Toutefois, malgré l'augmentation du fardeau en santé mentale depuis la pandémie (Statistique Canada, 2023b), des études récentes montrent qu'aucune hausse proportionnelle n'a été observée quant aux visites à l'urgence pour des motifs liés à la santé mentale (Bruckner et al., 2023), ni au niveau des consultations psychiatriques dans les services ambulatoires de santé mentale (Caselli et al., 2023).

## **8.5 Contributions originales à l'avancée des connaissances**

Cette thèse apporte une contribution originale et significative à l'avancement des connaissances sur la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant, en s'éloignant des approches centrées sur le diagnostic pour adopter une perspective plus proximale aux besoins perceptibles des personnes. L'un des apports majeurs de cette recherche doctorale réside dans l'exploration du trouble concomitant selon une perspective syndémique, qui permet de mettre en lumière les interactions complexes entre les TSM, les TUS et les différents facteurs syndémiques (déterminants sociaux de la santé), tout en tenant compte du contexte structurel dans lequel ces interactions s'inscrivent. En ce sens, les trajectoires de soins ont été explorées de manière élargie, allant au-delà du seul épisode à l'urgence, pour inclure l'ensemble du continuum de soins et de services avec les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance. L'analyse des trajectoires de soins comme approche méthodologique a offert une perspective innovante et originale pour saisir la complexité des interactions entre les troubles concomitants et les déterminants sociaux de la santé ainsi que leur influence sur l'utilisation de différents services. À la lumière de ces résultats, la thèse propose plusieurs stratégies concrètes visant à améliorer différentes sections du continuum de soins et de services, notamment en ce qui a trait au dépistage et à l'évaluation de la personne, la continuité des soins et l'arrimage avec les différents services.

Une autre contribution majeure de cette thèse n'a malheureusement pas pu être explicitée et évaluée dans ce projet doctoral. Tel que mentionné en [avant-propos](#), le projet initial

découle d'une demande du CIUSSSMCQ qui désirait obtenir un portrait clinique des personnes présentant un trouble concomitant et visitant les services d'urgence afin d'avoir une vue d'ensemble de la trajectoire de soins et de services de cette population. Suite à la réalisation de la collecte de données, un rapport de recherche présentant les résultats de cette étude ainsi que des suggestions d'amélioration a été rédigé et remis aux gestionnaires des programmes de santé mentale et dépendance du CIUSSSMCQ. Deux présentations orales ont aussi été réalisées devant les équipes des deux programmes mentionnés précédemment. La présente recherche a généré des retombées tangibles au niveau de la mise en œuvre d'interventions concrètes et adaptées au contexte local. Un poste d'infirmière de liaison en santé mentale a été créé dans un des quatre établissements pour lequel ce statut professionnel était absent. De plus, une nouvelle trajectoire de soins et de services, adaptée aux personnes présentant un trouble concomitant, a été déployée sur le territoire de Trois-Rivières et soutenue par une intervenante-pivot dédiée afin de faciliter les arrimages et les transitions à travers les services (projet pilote Troubles concomitants) (CIUSSSMCQ, 2019, 2020). Après 12 mois d'implantation, 25 personnes étaient suivies par l'intervenante-pivot. Ce projet s'est graduellement développé pour inclure un intervenant-pivot dans chacun des secteurs suivants : dépendance, services spécialisés en santé mentale 2<sup>e</sup> ligne, clinique des premiers épisodes psychotiques, SIM, SIV, urgence et unité de psychiatrie du Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières. En 2022, cette équipe a obtenu le prix Intégration du CECTC qui est remis à une équipe s'étant distinguée par son implication, son leadership et ses réalisations, auprès des personnes présentant des troubles concomitants (CIUSSSMCQ, 2023).

Ainsi, ce projet doctoral contribue non seulement à enrichir la compréhension théorique des dynamiques liées aux troubles concomitants, de ses trajectoires de soins et des services associés, mais il génère également des retombées concrètes afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins et services offerts à cette population.

## **8.6 Implications théoriques et pratiques**

### **8.6.1 Implications théoriques**

L'adoption d'un cadre syndémique pour conceptualiser le trouble concomitant permettrait de reconnaître les interactions complexes entre le trouble concomitant et les déterminants sociaux de la santé, agissant comme facteurs syndémiques et exacerbant la vulnérabilité de la population ciblée. Les résultats obtenus renforcent ainsi la pertinence de développer une approche théorique plus intégrative, apte à refléter la complexité du trouble concomitant et la pluralité des facteurs impliqués, tout en s'éloignant des modèles strictement biomédicaux.

Depuis plus de trois décennies, la littérature scientifique souligne la valeur ajoutée des services intégrés dans la prise en charge de cette population (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; INESSS, 2016). De façon convergente, les travaux récents caractérisant l'approche syndémique soulignent également la nécessité d'une coordination interdisciplinaire et intersectorielle des services (Chichetto et al., 2019; Chichetto et al., 2023; Chichetto et al., 2025; Jain et al., 2022; Singer et al., 2020; Turpin et al., 2020). En ce sens, les résultats de cette thèse enrichissent l'argumentaire quant à la nature complexe et singulière du trouble concomitant et renforcent la littérature en faveur de la mise en place de services intégrés selon une perspective syndémique.

### **8.6.2 Implications au niveau socio-politique**

Sur le plan des politiques publiques, cette recherche met en lumière les obstacles structurels de l'organisation actuelle des services, qui peuvent accentuer les inégalités d'accès et de prise en charge. Dans les dernières années, plusieurs plans d'action gouvernementaux ont été publiés, notamment dans les domaines de la santé mentale (PAISM 2022-2026), les dépendances (PAID 2018-2028), l'itinérance (PAII 2021-2026) et la santé publique (MSSS, 2015b). Chaque plan d'action reconnaît la nécessité du décloisonnement 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. Malgré le fait que chacun soutienne les initiatives en santé mentale et en dépendance, 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. Cette thèse suggère donc de travailler à la mise en œuvre d'actions concrètes sur les processus de prise en charge de la population ciblée ainsi que sur la pérennité de mesures financières conjointes afin de favoriser des soins plus accessibles, équitables et adaptés.

Le projet de loi 67, adopté en novembre 2024, représente une initiative politique favorable afin de faciliter l'accès aux services de santé mentale. 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 est en adéquation avec les résultats de cette thèse, appuyant 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 œuvre afin de profiter d'un déploiement rapide et cohérent de cette mesure à travers le réseau québécois.

### **8.6.3 Implications pour la recherche**

Les résultats de cette étude soulignent l'importance de poursuivre et d'approfondir les recherches sur la perspective syndémique du trouble concomitant, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins, l'accompagnement des personnes, la performance des trajectoires de soins et les facteurs syndémiques, des dimensions encore largement sous-explorées dans la littérature actuelle.

La trajectoire de soins est un outil précieux pour optimiser l'organisation des soins et des services (MSSS, 2022b; Sather et al., 2022). Elle est également essentielle pour les personnes qui en bénéficient, car elle contribue à améliorer leur expérience au sein du système de santé (Belan et al., 2022). En tant qu'outil d'analyse, elle permet aux établissements et aux gestionnaires d'évaluer la performance des systèmes de soins, d'identifier les points de rupture et de repérer les opportunités d'amélioration à l'aide d'indicateurs précis (Schrijvers et al., 2012; MSSS, 2023b). Dans cette perspective, la recherche joue un rôle essentiel : elle permet de sélectionner des indicateurs pertinents, de documenter les trajectoires à partir de données probantes et d'orienter les pratiques organisationnelles vers une meilleure intégration des soins.

Cependant, des barrières importantes persistent, notamment en ce qui concerne l'accès aux bases de données administratives. Dans le contexte québécois, ces données sont particulièrement difficiles à obtenir dans les secteurs de la dépendance et de la justice, ce qui limite considérablement la capacité des chercheurs.es à produire des analyses globales et intégrées. Une meilleure accessibilité à ces sources d'information, voire le développement d'une base de données administrative centralisée regroupant l'ensemble des données cliniques et psychosociales, représenterait une avancée majeure pour la recherche dans ces secteurs d'activités.

#### **8.6.4 Implications pour la discipline infirmière**

Ce projet doctoral met en évidence la position stratégique de l'infirmière dans la détection précoce, l'évaluation globale et la coordination des soins auprès des personnes présentant un trouble concomitant. En raison de leur vision holistique de la personne et de leur proximité avec celle-ci en milieu clinique, les infirmières sont souvent les premières à pouvoir identifier les signes et symptômes d'une problématique et à instaurer un lien thérapeutique avec la personne (OIIQ, 2016a). Cette recherche doctorale soutient donc le rehaussement de leur rôle à plusieurs endroits sur le continuum de soins et de services, en particulier au niveau de la coordination des soins, l'accompagnement dans la transition entre les différents services et la prise en charge dans les

services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne. Cette étude met aussi en lumière l'importance de reconnaître l'expertise et de valoriser l'autonomie des infirmières, notamment en ce qui concerne leur capacité à poser un jugement clinique précis et à intervenir de manière rigoureuse dans des situations complexes. À cet effet, cette thèse encourage le développement de l'expertise en santé mentale et en dépendance, par le renforcement des formations universitaires en sciences infirmières et les initiatives visant à développer plus amplement la pratique infirmière avancée.

### **8.6.5 Implications cliniques**

Les résultats de cette thèse soulignent l'importance de mettre en place des pratiques cliniques centrées sur les besoins perçus et l'expérience des personnes. Plus concrètement, la thèse présente un argumentaire soulignant la valeur ajoutée d'un dépistage précoce du trouble concomitant au triage des services d'urgence, une évaluation complète des déterminants sociaux de la santé et la mise en place d'équipes interdisciplinaires à l'urgence et dans les services externes afin de renforcer les mécanismes d'accès aux services et de continuité des soins entre les services publics, de santé mentale, de dépendance, les organismes communautaires et les services de réduction des risques et des méfaits. Le développement d'une trajectoire de soins plus spécifique aux besoins de la population présentant un trouble concomitant est une autre mesure concrète qui pourrait améliorer la prise en charge au niveau clinique.

## **8.7 Suggestions pour de futures recherches**

S'appuyant sur les stratégies d'amélioration et les recommandations de la [section 8.3](#), plusieurs avenues de recherche peuvent être envisagées afin de consolider les connaissances et opérationnaliser les constats de cette thèse.

Tout d'abord, la mise en œuvre d'un projet d'implantation d'une trajectoire de soins à l'urgence pour les personnes présentant un trouble concomitant serait une initiative prioritaire. L'audit de performance du MSSS (2023a) sur le continuum de soins à l'urgence a mis en évidence

une prise en charge sous-optimale dans les services d'urgence ainsi qu'une continuité des soins inadéquate après le congé médical (pas de suivi post-congé, sous-évaluation des facteurs psychosociaux influençant la condition de santé de la personne). Ces constats sont également soutenus par les travaux de la Commission de la santé mentale du Canada et le CCDUS (2023) qui recommandent d'effectuer de plus amples études sur la trajectoire de soins et la transition vers les autres services. Cette recommandation stipule aussi d'élargir la liste d'indicateurs au-delà des facteurs de santé et des services en incluant les déterminants sociaux de la santé tels que le logement, l'éducation, le lieu de travail, l'emploi et l'inclusion sociale. Une telle étude pourrait adopter un devis mixte en deux phases. La première phase serait de nature quantitative, visant à mesurer les effets de l'implantation de la trajectoire de soins à l'aide d'indicateurs clés. La deuxième phase avec un devis qualitatif explorerait les perceptions de deux groupes cibles : 1) les personnes utilisatrices de l'urgence présentant un trouble concomitant (notamment en ce qui a trait à l'accessibilité, la continuité des soins et la qualité des services reçus), et 2) les professionnels de la santé, afin d'examiner leur expérience concernant l'adaptation à la nouvelle trajectoire, à l'instar de l'étude de Tørseth et Ådnanes (2022) réalisée en Norvège. Le déploiement d'une trajectoire de soins est un projet de grande envergure, demandant des ressources multiples et un financement conséquent.

Cependant, une seconde piste de recherche consisterait à innover dans certains segments de la trajectoire de soins. Le développement d'une grille de dépistage rapide du trouble concomitant au triage des services d'urgence serait déjà une initiative prometteuse. Le dépistage précoce constitue une étape primordiale pour orienter adéquatement les personnes vers une évaluation plus approfondie et vers les services appropriés. L'implantation d'un tel outil dans quelques établissements permettrait d'en évaluer l'efficacité et la portée, à l'aide d'indicateurs tels que la fréquence d'utilisation, le temps requis pour la complétion et le taux de détection (Kene et al., 2018; O'Donnell et al., 2024).

L'évaluation du projet pilote Troubles concomitants à Trois-Rivières, lequel a été décrit dans la [section 8.5](#), représente une autre opportunité de recherche appliquée. Cette évaluation pourrait inclure des données quantitatives (nombre de personnes suivies, nombre de visites à l'urgence liées à un TSM ou un TUS, nombre de références effectuées, types de services référés, hospitalisations) et un volet qualitatif centré sur la satisfaction des personnes, leur sentiment de soutien et leur perception de l'efficacité de l'accompagnement reçu.

Enfin, sur le plan théorique, un besoin fondamental demeure : comprendre comment la syndémie du trouble concomitant se manifeste et interagit dans différents contextes (Mendenhall et al., 2022). Dans cette perspective, une étude qualitative approfondie auprès de personnes vivant avec un trouble concomitant permettrait de documenter les facteurs syndémiques présents, les interactions entre ces facteurs et le trouble concomitant, les conséquences sur la vie quotidienne, ainsi que les ressources mobilisées pour y faire face. Cette compréhension est essentielle pour développer des interventions, politiques et pratiques cliniques plus ciblées et efficaces.

## Conclusion

Cette thèse avait pour objectif principal de caractériser les trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant transitant par les services d'urgence et les services de santé mentale et de dépendance ainsi qu'explorer la perspective syndémique du trouble concomitant à partir de ces trajectoires de soins.

En ce sens, cette thèse contribue à plusieurs niveaux à l'avancement des connaissances. Comme premier objectif (article 1), nous avons décrit les trajectoires de soins aux services d'urgence des personnes présentant un trouble concomitant ainsi que les services offerts. En utilisant une analyse combinée par correspondances multiples et analyse hiérarchique par regroupement, nous avons dégagé cinq trajectoires de soins différentes variant selon les diagnostics émis au congé de l'urgence. Les trajectoires variaient notamment en ce qui concerne la présence de consultations psychiatriques et de l'implication des infirmières de liaison en santé mentale et dépendance ainsi que l'offre de services au congé de l'urgence. Les résultats ont mis en évidence certaines lacunes, notamment la sous-identification du trouble concomitant, qui limite l'accès à une prise en charge adéquate. En conséquence, cette thèse recommande de renforcer le dépistage dans les services d'urgence, en particulier pour les personnes présentant des facteurs de risque ou des signes et symptômes laissant supposer la présence d'un trouble concomitant. De plus, la faible proportion de références post-congé suggère un besoin urgent d'améliorer les mécanismes de transition vers les services externes.

Le deuxième objectif visait à caractériser le portrait des services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale et en dépendance offerts et reçus par les personnes présentant un trouble concomitant ainsi que comparer ces services en fonction des plus fréquents diagnostics médicaux émis au congé de l'urgence (article 2). Les résultats ont révélé une faible proportion de références, autant du côté des services en santé mentale qu'en dépendance, malgré une proportion relativement

élevée de visites à l'urgence. La comparaison des services entre les diagnostics médicaux a démontré une variabilité importante, signalant de possibles inégalités dans l'accès aux services et la continuité des soins. Une des recommandations consiste à accroître la participation des infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance, qui assurent déjà une présence à l'urgence et qui détiennent l'expertise pour intervenir dans les activités de dépistage, d'évaluation, de counseling et de suivi lors de la transition vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne.

Le troisième objectif consistait à explorer la perspective syndémique du trouble concomitant en réalisant une étude de cas multiples à partir des trajectoires de soins à l'urgence et des transitions vers les services de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne (article 3). Les résultats ont mis en lumière la présence d'interactions tangibles entre le trouble concomitant et les déterminants sociaux de la santé, lesquelles influencent non seulement les visites à l'urgence, mais également l'offre et l'utilisation des services. Les recommandations orientent vers l'adoption d'une approche syndémique du trouble concomitant ainsi que l'inclusion des déterminants sociaux de la santé dans l'évaluation des besoins de la personne, permettant ainsi d'avoir une vision entière et holistique de la situation de santé des personnes concernées.

L'intégration de tous les résultats a permis de formuler des recommandations concrètes. Parmi celles-ci figurent le rehaussement du rôle infirmier à différents points de la trajectoire et la reconnaissance de leur autonomie clinique en matière d'évaluation, de gestion de cas, de suivi et d'intervention. Le renforcement des équipes interdisciplinaires (p. ex. : SIM, SIV), notamment par le développement de leur expertise en matière de troubles concomitants, constitue une autre proposition concrète visant à favoriser une approche plus intégrée et mieux adaptée aux besoins complexes de cette population. Enfin, dans une perspective d'innovation et dans le but de faciliter la compréhension, une conceptualisation de la trajectoire de soins à l'urgence et du continuum des services communautaires et de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> ligne a également été élaborée, afin de faire ressortir les leviers d'améliorations possibles.

Les retombées de cette thèse sont nombreuses pour les équipes de recherche, les gestionnaires du réseau de la santé, les professionnels ainsi que les instances décisionnelles désireuses de renforcer la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant. Plusieurs stratégies présentées dans cette thèse sont en adéquation avec les actions prévues dans le PAISM, le PAID et le PAII. Ces convergences permettent d'espérer la mise en œuvre de mesures financières pérennes, garantes d'une organisation des services plus efficiente, équitable et intégrée.

En conclusion, il est essentiel de rappeler que les personnes présentant un trouble concomitant doivent être placées au cœur des préoccupations. Elles doivent pouvoir faire entendre leur voix et être activement impliquées dans les processus décisionnels. Cette participation est cruciale non seulement pour assurer la pertinence des interventions, mais aussi pour leur garantir, comme à toute autre personne, une chance équitable de mener une vie pleine et épanouie.



## Références

- Abram, M. D. (2018). The Role of the Registered Nurse Working in Substance Use Disorder Treatment: A Hermeneutic Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(6), 490-498. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1413462>
- 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>
- Adeyemi, S., Demir, E. et Chausalet, T. (2013). Towards an evidence-based decision making healthcare system management: Modelling patient pathways to improve clinical outcomes. *Decision Support Systems*, 55(1), 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2012.12.039>
- Ahgren, B. (2012). The Art of Integrating Care: Theories Revisited. *The Open Public Health Journal*, 5, 36-39.
- Ahmed, S. K. (2024) How to Choose a Sampling Technique and Determine Sample Size for Research: A Simplified Guide for Researchers. *Oral Oncology Reports*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100662>
- 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>
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. American Psychiatric Association. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/suicide.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf)
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- American Society of Addiction Medicine. (2019, septembre). *Definition of addiction*. [https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2\\_2](https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2)

- Anandan, R., Cross, W. et Olasoji, M. (2021). Mental Health Nurses' Attitudes towards Consumers with co-Existing Mental Health and Drug and Alcohol Problems: A Scoping Review. *Issues in mental health nursing*, 42(4), 346–357. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1806964>
- 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>
- Andermann, A. et CLEAR Collaboration (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 188(17-18), E474–E483. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
- 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>
- Appleton, R., Elahi, F., Tuomainen, H., Canaway, A. et Singh, S. P. (2021). "I'm just a long history of people rejecting referrals" experiences of young people who fell through the gap between child and adult mental health services. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(3), 401-413. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01526-3>
- Armoon, B., Soleimanvandi Azar, N., Fleury, M.-J., Noroozi, A., Bayat, A.-H., Mohammadi, R., Ahounbar, E. et Moghaddam, L. F. (2021). Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases*, 39(4), 550-569. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1912572>
- 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>
- Arya, D. K. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>
- Ashcroft, R., Menear, M., Greenblatt, A., Silveira, J., Dahrouge, S., Sunderji, N., Emode, M., Booton, J., Muchenje, M., Cooper, R., Haughton, A. et McKenzie, K. (2021). Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 24(4), 1168–1177. <https://doi.org/10.1111/hex.13242>
- 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). (2017a). *Réduction des méfaits et consommation de substances illicites – Implications pour les soins infirmiers*. AIIC. <https://community.cna-aiic.ca/dev-cn-french/blogs/ic-contenu/2017/05/09/reduction-des-mefaits-dans-le-continuum-de-soins-e>
- 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 des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). (1999). *L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence – Guide d'implantation*. AMUQ. [http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG\\_-\\_L\\_echelle\\_canadienne\\_de\\_triage\\_et\\_de\\_gravite.pdf?phpMyAdmin=i,heTT,BhLKb96mm75DwfLeUjab](http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_-_L_echelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf?phpMyAdmin=i,heTT,BhLKb96mm75DwfLeUjab)
- Association médicale canadienne. (2010). *Le financement du continuum de soins*. Association médicale canadienne. <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD10-02F.pdf>
- 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>
- Aubut, V., Wagner, V., Cousineau, M.-M. et Bertrand, K. (2021). Problematic Substance Use, Help-Seeking, and Service Utilization Trajectories among Seniors: An Exploratory Qualitative Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 53(1), 18-26. <https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1824045>
- Axelsson, R. et Bihari Axelsson, S. (2006). Integration and collaboration in public health - A conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- 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>
- Bachrach L. L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *The American journal of psychiatry*, 138(11), 1449–1456. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.11.1449>
- Bahji, A. (2024). Navigating the Complex Intersection of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(4), 999. <https://doi.org/10.3390/jcm13040999>
- Bahr, S. J. et Weiss, M. E. (2019). Clarifying model for continuity of care: A concept Analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 25, e12704. <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
- Baker, O., Wellington, C., Price, C. R., Tracy, D., Powell, L., Loffredo, S., Moscariello, S. et Meyer, J. P. (2023). Experience delivering an integrated service model to people with criminal

justice system involvement and housing insecurity. *BMC Public Health*, 23, 222.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15108-w>

- Balhara, Y., Parmar, A., Sarkar, S. et Verma, R. (2016). Stigma in dual diagnosis: A narrative review. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32, 128-133. <https://doi.org/10.4103/0971-9962.181093>
- Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., Weaver, L. M., Heins, A., Owen, H. S., Josephson, E. B. et Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *The western journal of emergency medicine*, 18(6), 1143–1152.  
<https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>
- Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A. et Vigod, S. N. (2020). Urgent Outpatient Care Following Mental Health ED Visits: A Population-Based Study. *Psychiatric Services*, 71(6), 616-619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900466>
- 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](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_13_18)
- 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](https://bibliothequeduchum.ca/wp-content/uploads/2025/02/cs010_sim-siv_final_anonyme.pdf)
- Beaulieu, M. & Tremblay, J. (2024). Critique de la notion de chronicité du trouble d'usage de substance. *Drogues, santé et société*, 22(2), 89–117. <https://doi.org/10.7202/1115695ar>
- 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>
- Belan, M., Fontaine, S., Kouakou, C., Laberge, M. et Poder, T. (2022). *Définition des trajectoires de soins pour les personnes ayant déclaré un trouble de l'humeur – Rapport méthodologique*. Unité de soutien SSA Québec. [https://ssequencebec.ca/wp-content/uploads/2022/12/troubles\\_humeur\\_laberge\\_poder\\_Rapport\\_final\\_Nov-2022\\_2022-11-30.pdf](https://ssequencebec.ca/wp-content/uploads/2022/12/troubles_humeur_laberge_poder_Rapport_final_Nov-2022_2022-11-30.pdf)
- Belsher, B., Smolenski, D., Pruitt, L., Bush, N., Beech, E., Workman, D., Morgan, R., Evatt, D., Tucker, J. et Skopp, N. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174>
- Benchimol, E. I., Smeeth, L., Guttman, A., Harron, K., Moher, D., Petersen, I., Sørensen, H. T., von Elm, E., Langan, S. M. et RECORD Working Committee (2015). The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-Collected health Data (RECORD) statement. *PLoS medicine*, 12(10), e1001885.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001885>

- Benzecri, J. P. (1979). Sur le calcul des taux d'inertie dans l'analyse d'un questionnaire, addendum et erratum à [bin. mult.]. *Cahiers de l'Analyse des Données*, 4(3), 377–378.
- Berkowitz, S. A., Hulberg, A. C., Hong, C., Stowell, B. J., Tirozzi, K. J., Traore, C. Y. et Atlas, S. J. (2016). Addressing basic resource needs to improve primary care quality: a community collaboration programme. *BMJ quality & safety*, 25(3), 164–172. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004521>
- Bertakis, K. D. et Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of American Board of Family Medicine*, 24, 229-239.
- Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Brunelle, N., Landry, M., Patenaude, C. et Brochu, S. (2014). Les trajectoires d'utilisation de services en toxicomanie et les principaux enjeux associés: la perspective des usagers. Dans S. Brochu, M. Landry, K. Bertrand, N. Brunelle et C. Patenaude (dir.), *À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes* (151-198). Presses de l'Université Laval.
- Billioux, A., Verlander, K., Anthony, S. et Alley, D. (2017). Standardized Screening for Health-Related Social Needs in Clinical Settings: The Accountable Health Communities Screening Tool. *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine. <https://doi.org/10.31478/201705b>
- 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>
- Blanchette-Martin, N., Tremblay, J., Ferland, F., Rush, B., Garceau, P. et Danielson, A.-M. (2016). Co-location of Addiction Liaison Nurses in Three Quebec City Emergency Departments: Portrait of Services, Patients, and Treatment Trajectories. *Canadian Journal of Addiction*, 7(3), 34-40. <https://doi.org/10.1097/02024458-201609000-00006>
- Blaney, D., Jackson, A. K., Toy, O., Fitzgerald, A et Piechniczek-Buczek, J. (2019). Substance-Induced Anxiety and Co-occurring Anxiety Disorders. Dans A. Donovan et S. Bird (dir.), *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient*. *Current Clinical Psychiatry* (125-144). Humana.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
- Boucher, G., Fournier, F. et Torres, S. (2024). *Une exploration des inégalités sociales, économiques et de santé*. Observatoire québécois des inégalités. <https://observatoiredesinegalites.com/wp-content/uploads/2024/09/Une-exploration-des-inegalites-sociales-economiques-et-de-sante.pdf>
- Boumendjel, M. et Benyamina, A. (2016). Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin et A. Benyamina (dir.), *Traité d'addictologie* (139-149). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0139>

- Bourque, M., Grenier, J., Pelland, D. et St-Germain, L. (2016). L'action communautaire autonome, mouvance des contextes, place et autonomie des acteurs : quelles perspectives ? *Sciences & Actions Sociales*, 4(2), 31-50.  
<https://doi.org/10.3917/sas.004.0031>
- Bowden, B., John, A., Trefan, L., Morgan, J., Farewell, D. et Fone, D. (2018). Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: an electronic cohort study of 2.8 million people. *PLoS One* 13, e0194772.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194772>
- Bower, R., Hager, J., Cherniakov, C., Gupta, S. et Cipolli III, W. (2023). A Case for Nonparametrics. *American Statistician*, 77(2), 212-219.  
<https://doi.org/10.1080/00031305.2022.2141858>
- Bradford, D., Biello, S. et Russell, K. (2021). Insomnia symptoms mediate the association between eveningness and suicidal ideation, defeat, entrapment, and psychological distress in students. *Chronobiology International*, 38, 1397-1408. <https://doi.org/10.1080/07420528.2021.1931274>
- 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>
- Breton, M. et Hudon, C. (2020). La première vague de Covid-19 au Québec et les soins primaires. *Revue médicale suisse*, 16(713), 2131–2134.
- 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>
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.  
[https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques\\_dec-1997.pdf](https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques_dec-1997.pdf)
- Broadbear, J. H., Rotella, J.-A., Lorenze, D. et Rao, S. (2022). Emergency department utilisation by patients with a diagnosis of borderline personality disorder: An acute response to a chronic disorder. *Emergency Medicine Australasia*, 34, 731-737. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13970>
- Brochu, S., Landry, M., Bertrand, K., Brunelle, N. et Patenaude, C. (2014). *À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services, la perspective des personnes toxicomanes*. Presses de l'Université Laval.
- Brodeur, J., Ley, A. F. et Bonnet, M. (2021). A survey of Midwest physicians' experiences with patients in psychiatric distress in the emergency department. *Journal of osteopathic medicine*, 121(10), 773–778. <https://doi.org/10.1515/jom-2021-0052>

- Brouwers, E. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>
- Brown, C. H., Bennett, M. E., Li, L. et Bellack, A. S. (2011). Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(5), 439-47. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.001>
- 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>
- Bruckner, T. A., Huo, S., Huynh, M., Du, S., Young, A. et Ro, A. (2023). Psychiatric Emergencies in Los Angeles County During, and After, Initial COVID-19 Societal Restrictions: An Interrupted Time-Series Analysis. *Community mental health journal*, 59(4), 622–630. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01043-4>
- Brunelle, N., Bertrand, K., Landry, M., Flores-Aranda, J., Patenaude, C. et Brochu, S. (2015). Recovery from substance use: Drug-dependent people’s experiences with sources that motivate them to change. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 22(3), 301-307. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1021665>
- Buitron de la Vega, P., Losi, S., Sprague Martinez, L., Bovell-Ammon, A., Garg, A., James, T., Ewen, A. M., Stack, M., DeCarvalho, H., Sandel, M., Mishuris, R. G., Deych, S., Pelletier, P. et Kressin, N. R. (2019). Implementing an EHR-based Screening and Referral System to Address Social Determinants of Health in Primary Care. *Medical care*, 57(Suppl 6, Suppl 2), S133–S139. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001029>
- Butler, A., Nicholls, T., Samji, H., Fabian, S. et 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>
- Butt, Z. A., Shrestha, N., Wong, S., Kuo, M., Gesink, D., Gilbert, M., Wong, J., Yu, A., Alvarez, M., Samji, H., Buxton, J. A., Johnston, J. C., Cook, V. J., Roth, D., Consolacion, T., Murti, M., Hottes, T. S., Ogilvie, G., Balshaw, R. et Tyndall, M. W. (2017). A syndemic approach to assess the effect of substance use and social disparities on the evolution of HIV/HCV infections in British Columbia. *PLoS ONE*, 12(8), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183609>
- Byg, B., Bazzi, A., Funk, D., James, B. et Potter, J. (2016). The Utility of a Syndemic Framework in Understanding Chronic Disease Management Among HIV-Infected and Type 2 Diabetic Men Who Have Sex with Men. *Journal Of Community Health*, 41(6), 1204-1211. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0202-x>
- Campopiano von Klimo, M., Nolan, L., Corbin, M., Farinelli, L., Pytell, J. D., Simon, C., Weiss, S. T. et Compton, W. M. (2024). Physician Reluctance to Intervene in Addiction: A Systematic Review. *JAMA Network Open*, 7(7), e2420837. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.20837>

- Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). (1999). *Implementation guidelines for the Canadian ED Triage & Acuity Scale (CTAS)*. CAEP. [https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/ctased16\\_98.pdf](https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/ctased16_98.pdf)
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2019). *Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada, July 2019*. CIHI. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019-en-web.pdf>
- Carbaugh, R. J. et Sias, S. M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. *Journal of Mental Health Counseling, 32*(2), 125-138. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.2.j72865m4159p1420>
- Card, K. G., Lachowsky, N. J., Armstrong, H. L., Cui, Z., Wang, L., Sereda, P., Jollimore, J., Patterson, T. L., Corneil, T., Hogg, R. S., Roth, E. A. et Moore, D. M. (2018). The additive effects of depressive symptoms and polysubstance use on HIV risk among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Addictive Behaviors, 82*, 158-165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.005>
- Caron, R. M. et Adegboye, A. R. A. (2021). COVID-19: A Syndemic Requiring an Integrated Approach for Marginalized Populations. *Frontiers In Public Health, 9*, 675280. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.675280>
- 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>
- Cartier, Y., Fichtenberg, C., & Gottlieb, L. M. (2020). Implementing Community Resource Referral Technology: Facilitators and Barriers Described by Early Adopters. *Health affairs (Project Hope), 39*(4), 662–669. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01588>
- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Marchetti, S., Lucca, G., Vitiello, E., Carbone, M. G., & Callegari, C. (2023). The Impact of Covid-19 Pandemic on Mental Health Services: A Comparison Between First Psychiatric Consultations Before and After the Pandemic. *Clinical neuropsychiatry, 20*(4), 233–239. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230402>
- Castaldelli-Maia, J. M., Harutyunyan, A., Herbec, A., Kessel, T., Odukoya, O., Kemper, K. E., Hays, J. T. et Vardavas, C. (2021). Tobacco dependence treatment for special populations: challenges and opportunities. *Brazilian Journal of Psychiatry, 43*(1), 75–82. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0782>
- Castañó Pérez, G. A., Rojas Bernal, L. A., Bareño Silva, J. et Sierra Hincapié, G. M. (2017). Sociodemographic and clinical factors associated with dual disorders in a psychiatric hospital. *Salud Mental, 40*(6), 279-290. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.036>
- Castelpietra, G., Skringo Knudsen, A. K., Agardh, E. E., Armocida, B., Beghi, M., Moesgaard Iburg, K., Logroscino, G., Ma, R., Starace, F., Steel, N., Addolorato, G., Andrei, C. L., Andrei, T., Ayuso-Mateos, J. L., Banach, M., Bärnighausen, T. W., Barone-Adesi, F., Bhagavathula, A. S., Carvalho, F., ... Monasta, L. (2022). The burden of mental disorders, substance use

disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health – Europe*, 16, 100341. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100341>

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>

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-occurring Disorders* (n° 42 dans la série sur l'amélioration de protocoles de traitement). SAMHSA.

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-2015-fr.pdf>

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-06/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>

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 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](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php)

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM). (2025, 15 mai). *Troubles concomitants*. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/troubles-concomitants>

Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC). (2019). *Les troubles concomitants - Synthèse des connaissances*. [https://ruiss.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/61/2024/02/CECTC\\_2019\\_Texte\\_synthese\\_troubles\\_concomitants.pdf](https://ruiss.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 de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSMCQ). (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/1033/rapport-annuel-2018-2019-du-ciusss-mcq>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSMCQ). (2020). *Rapport annuel 2019-2020*.

<https://www.ciuussmcq.ca/telechargement/1168/rapport-annuel-2019-2020-du-ciuussmcq/>

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ). (2021). *Portrait de santé 2021 de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. <https://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/documentation/portrait-de-la-population/portrait-de-sante/>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ). (2023). *Rapport annuel 2022-2023*. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/2674/rapport-annuel-de-gestion-2022-2023/>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ). (2025, 9 mai). *L'usager au cœur du Dossier de santé numérique*. <https://www.ciuussmcq.ca/a-propos-de-nous/dossier-sante-numerique-dsn/>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. (2019). *La gestion par trajectoire de soins et de services - Guide théorique et pratique*. [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?1570042507](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?1570042507)
- Centre of Addiction and Mental Health. (2020). *Suicide Prevention: A Review and Policy Recommendations*. <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/suicide-prevention-review-and-policy-recommendations-pdf.pdf>
- Chai, Y., Luo, H., Wei, Y., Chan, S. K. W., Man, K. K. C., Yip, P. S. F., Wong, I. C. K. et Chan, E. W. (2022). Risk of self-harm or suicide associated with specific drug use disorders, 2004–2016: a population-based cohort study. *Addiction*, 117(7), 1940–1949. <https://doi.org/10.1111/add.15820>
- Chan, C., Wodchis, W., Kurdyak, P. et Donnelly, P. (2025). Identifying differences between those with suicidal ideation-with-action, compared to ideation alone, using a community representative sample. *PLoS One*, 20(5), e0317163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317163>
- Charron, M., Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Page, C. et 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>
- Chennapan, K., Mullinax, S., Anderson, E., Landau, M. J., Nordstrom, K., Seupaul, R. A. et Wilson, M. P. (2018). Medical Screening of Mental Health Patients in the Emergency Department: A Systematic Review. *The Journal of emergency medicine*, 55(6), 799–812. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.09.014>

- Chichetto, N. E., Kundu, S., Freiberg, M. S., Butt, A. A., Crystal, S., So-Armah, K. A., Cook, R. L., Braithwaite, R. S., Fiellin, D. A., Khan, M. R., Bryant, K. J., Gaither, J. R., Barve, S. S., Crothers, K., Bedimo, R. J., Warner, A. L., Tindle, H. A. et Veterans Aging Cohort Study. (2019). Association of syndemic unhealthy alcohol use, cigarette use, and depression with all-cause mortality among adults living with and without HIV infection: veterans aging cohort study. *Open Forum Infectious Diseases*, 6(6), ofz188 <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz188>
- Chichetto, N. E., Gebru, N. M., Plankey, M. W., Tindle, H. A., Koethe, J. R., Hanna, D. B., Shoptaw, S., Jones, D. L., Lazar, J. M., Kizer, J. R., Cohen, M. H., Haberlen, S. A., Adimora, A. A., Lahiri, C. D., Wise, J. M. et Freiberg, M. S. (2023). Syndemic trajectories of heavy drinking, smoking, and depressive symptoms are associated with mortality in women living with HIV in the United States from 1994 to 2017. *Drug & Alcohol Dependence*, 249, 110838. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110838>
- Chichetto, N. E., Canidate, S., Gebru, N. M., McNeely, K. V., Ding, D. D., Hanna, D. B., Parikh, Z., Shoptaw, S. J., Jones, D. L., Lazar, J. M., Kizer, J. R., Cohen, M. H., Haberlen, S. A., Lahiri, C. D., Wise, J. M., Palella, F., Levine, A., Friedman, M. R. et Plankey, M. (2025). Impact of syndemic heavy drinking, smoking, and depression on mortality among MSM with and without HIV: A longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*, 266, 112523. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112523>
- Chicoine, G., Côté, J., Pepin, J., Boyer, L., Rouleau, G. et Jutras-Aswad, D. (2022). Experiences and perceptions of nurses participating in an interprofessional, videoconference-based educational programme on concurrent mental health and substance use disorders: a qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00943-w>
- 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>
- Chochinov, A., Innes, G., Kollek, D., Kreindler, S. et Petrie, D. (2023). *A Systems Approach to the Future of Emergency Care. Chapter 2*. Canadian Association of Emergency Physicians. <https://caep.ca/section-one-a-systems-approach-to-the-future-of-emergency-care/>
- Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M. et Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation *BMJ Open*, 9, e023883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>
- Clark, A. E., Goodwin, S. R., Marks, R. M., Belcher, A. M., Heinlein, E., Bennett, M. E. et Roche, D. J. O. (2021). A Narrative Literature Review of the Epidemiology, Etiology, and Treatment of Co-Occurring Panic Disorder and Opioid Use Disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, 17(4), 313–332. <https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1965407>
- Clementi, E., Bartlett, S., Otterstatter, M., Buxton, J. A., Wong, S., Yu, A., Butt, Z. A., Wilton, J., Pearce, M., Jeong, D., Binka, M., Adu, P., Alvarez, M., Samji, H., Abdia, Y., Wong, J., Krajdén, M. et Janjua, N. Z. (2020). Syndemic profiles of people living with hepatitis C virus

using population-level latent class analysis to optimize health services. *International Journal of Infectious Diseases*, 100, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.08.035>

- Coid, J., Zhang, Y., Bebbington, P., Ullrich, S., de Stavola, B., Bhui, K. et Tsai, A. C. (2021). A syndemic of psychiatric morbidity, substance misuse, violence, and poor physical health among young Scottish men with reduced life expectancy. *SSM - population health*, 15, 100858. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100858>
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. et Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health affairs (Project Hope)*, 28(1), 75–85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>
- 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*.
- Comorbidity Guidelines. (2025, 9 mai). *Managing co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions*. <https://comorbidityguidelines.org.au/>
- Cornish, P. (2020). *Stepped Care 2.0: A Paradigm Shift in Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48055-4>
- Couturier, E-L. (2023). *Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/10/2023-10-Sante-mentale-WEB.pdf>
- Culpepper, L. (2003). Use of algorithms to treat anxiety in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 30–33.
- Currie, L. B., Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., McCandless, L. C. et Somers, J. M. (2018). Continuity of Care among People Experiencing Homelessness and Mental Illness: Does Community Follow-up Reduce Rehospitalization? *Health services research*, 53(5), 3400–3415. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12992>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D. et Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- D'Amico, M. J., Walley, A. Y., Cheng, D. M., Forman, L. S., Regan, D., Yurkovic, A., Samet, J. H. et Weinstein, Z. M. (2019). Which patients receive an addiction consult? A preliminary analysis of the INREACH (INpatient REadmission post-Addiction Consult Help) study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 106, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.08.013>
- Đào, G. J., Brunelle, C. et Speed, D. (2019). Impact of Substance Use and Mental Health Comorbidity on Health Care Access in Canada. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(4), 260-269. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1634856>
- Dauber, H., Braun, B., Pfeiffer-Gerschel, T., Kraus, L. et Pogarell, O. (2018). Co-occurring Mental Disorders in Substance Abuse Treatment: the Current Health Care Situation in Germany.

*International Journal of Mental Health & Addiction*, 16(1), 66-80.  
<https://doi.org/10.1007/s11469-017-9784-5>

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>

Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W. et Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Medical care*, 51(1), 99–107.  
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182763312>

Derrick, K., Green, T. et Wand, T. (2019). Assessing and responding to anxiety and panic in the emergency department. *Australasian Emergency Care*, 22(4), 216–220.  
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.08.002>

De Ruyscher, C., Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. et Vanheule, S. (2017). The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research from a First-Person Perspective. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 264-279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1349977>

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>

Dombagolla, M. H. K., Kant, J. A., Lai, F. W. Y., Hendarto, A. et Taylor, D. M. (2019). Barriers to providing optimal management of psychiatric patients in the emergency department (psychiatric patient management). *Australasian emergency care*, 22(1), 8–12.  
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.01.001>

Dong, K. R., Must, A., Tang, A. M., Beckwith, C. G. et Stopka, T. J. (2018). Competing priorities that rival health in adults on probation in Rhode Island: substance use recovery, employment, housing, and food intake. *BMC Public Health*, 18(289), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5201-7>

Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A. et Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions with Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for

Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(10), 1021–1030. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>

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.

Drake, R. E. et Mueser, K. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105-118.

Drewry, M. B., Yanguela, J., Khanna, A., O'Brien, S., Phillips, E., Bevel, M. S., McKinley, M. W., Corbie, G. et Dave, G. (2023). A Systematic Review of Electronic Community Resource Referral Systems. *American journal of preventive medicine*, 65(6), 1142–1152. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.06.001>

Dubé, E., Massé, R. et Noël, L. (2009). Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits: contributions de la population aux débats éthiques de santé publique. *Revue canadienne de santé publique*, 100(1), 24-28.

Dubreucq, S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31-46. <https://doi.org/10.7202/1012642ar>

Dugas, S., Favrod-Coune, T., Poletti, P.-A., Huwyler, T., Richard-Lepouriel, H., Simon, J., Sarasin, F. P. et Rutschmann, O. T. (2019). Pitfalls in the triage and evaluation of patients with suspected acute ethanol intoxication in an emergency department. *Internal And Emergency Medicine*, 14(3), 467-473. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-2007-7>

Dumais, A-A., Charrette, Y. et Nault, G. (2024, 11 décembre). *Les PAJ-SM atteignent-ils leurs objectifs? Résultats de l'étude évaluative des programmes d'accompagnement justice et santé mentale du Québec*. Forensia – Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité. <https://forensia.ca/videos/les-paj-sm-atteignent-ils-leurs-objectifs-resultats-de-letude-evaluative-des-programmes-daccompagnement-justice-et-sante-mentale-du-quebec/>

Dunkley, C. A., Carpenter, J. E., Murray, B. P., Sizemore, E., Wheatley, M., Morgan, B. W., Moran, T. P. et Steck, A. (2019). Retrospective Review of a Novel Approach to Buprenorphine Induction in the Emergency Department. *The Journal of emergency medicine*, 57(2), 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.03.029>

Düring, S. W., Austin, S. F., Mårtensson, S. et Johansen, K. S. (2024). Perceived advantages and disadvantages of substance use in a dual diagnosis population with severe mental disorders and severe substance use disorder. Considering the self-medication hypothesis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(4), 281-289. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2318649>

Eaton, N.R., Bringmann, L.F., Elmer, T., Fried, E. I., Forbes, M. K., Greene, A. L., Krueger, R. F., Kotov, R., McGorry, P. D., Mei, C. et Waszczuk, M. A. (2023). A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nature Reviews Psychology*, 2, 622–636. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00218-4>

- el-Guebaly N. (1990). Substance abuse and mental disorders: the dual diagnoses concept. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 35(3), 261–267. <https://doi.org/10.1177/070674379003500313>
- Elphinston, R. A., Wyder, M., De Andrade, D., Nguyen, K.-H., Gude, A. et Hipper, L. (2021). Impact of a new specialist alcohol and drug brief intervention service model integrated into the emergency department: An interrupted time series analysis. *Emergency Medicine Australasia*, 33, 67-73. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13582>
- Emard, N., Gideonse, T., Han, S. Y., Ginzburg, S. L., Maithya, H. M. K., Marcus, R., McKinley, G., Ostrach, B., Ott, M. A., Pfeiffer, E. J., Singer, M., Brewis, A., Trainer, S., Wools-Kaloustian, K., Wutich, A. et Ziegler, J. (2017). *Foundations of Biosocial Health: Stigma and Illness Interactions*. Lexington Books.
- Englander, H., Collins, D., Peterson Perry, S., Rabinowitz, M., Phoutrides, E. et Nicolaidis, C. (2018). “We’ve Learned It’s a Medical Illness, Not a Moral Choice”: Qualitative Study of the Effects of a Multicomponent Addiction Intervention on Hospital Providers’ Attitudes and Experiences. *Journal of Hospital Medicine*, 13(11), 752-758. <https://doi.org/10.12788/jhm.2993>
- Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance. (2024, 23 février). *Rapport du projet « Révision du mandat des équipes de liaison spécialisées en dépendances à l’urgence »*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal. <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2024/10/Rapport-LiaisonVF-pour-diffusion.pdf>
- Eseaton, P. O., Oladunjoye, A. F., Anugwom, G., Onyeaka, H., Ediae, E. J. et Edigin, E. (2023). Most common reasons for emergency department presentation among patients with psychiatric disorders: A United States nationwide analysis. *Journal of affective disorders*, 331, 145–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.041>
- Eshak, T. B., Hobkirk, A. L., Whitener, C. J., Conyers, L. M., Hwang, W. et Sznajder, K. K. (2024). Syndemic of Substance Abuse, Depression, and Type 2 Diabetes and Their Association with Retention in Care Among People Living with HIV. *AIDS And Behavior*, 28(5), 1612-1620. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04275-5>
- 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>
- Fava, G. A., Tossani, E., Bech, P., Berrocal, C., Chouinard, G., Csillag, C., Wittchen, H. U. et Rief, W. (2014). Emerging clinical trends and perspectives on comorbid patterns of mental disorders in research. *International journal of methods in psychiatric research*, 23 Suppl 1(Suppl 1), 92–101. <https://doi.org/10.1002/mpr.1412>

- Feczko, E., Miranda-Dominguez, O., Marr, M., Graham, A. M., Nigg, J. T. et Fair, D. A. (2019). The Heterogeneity Problem: Approaches to Identify Psychiatric Subtypes. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(7), 584-601. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.03.009>
- Fédération Addiction. (2019). *Repère(s): Addictions et troubles psychiatriques*. <https://www.calameo.com/books/0055448589de9b5897807>
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases. *Journal of chronic diseases*, 23, 455-468.
- Feldman, E. (2022). Recognizing and Treating Substance Use Disorders. *Primary Care Reports*, 28(2), 1-18.
- Ferlatte, O., Salway, T., Trussler, T., Oliffe, J. L. et Gilbert, M. (2018). Combining intersectionality and syndemic theory to advance understandings of health inequities among Canadian gay, bisexual and other men who have sex with men. *Critical Public Health*, 28(5), 509-521. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1380298>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics – North American Edition*. (5<sup>th</sup> Ed.). SAGE Publications Inc.
- Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L. et Brambilla, P. (2021). Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.694863>
- Fisher, A., Rochesson, S. E. D., Mills, K. et Marel, C. (2024). Guiding Principles for Managing Co-occurring Alcohol/Other Drug and Mental Health Conditions: a Scoping Review. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 22(3), 1251-1298. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00926-7>
- Fleury, M. J., Perreault, M. et Grenier, G. (2012). L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Dans : M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude (Éds). *L'intégration des services en toxicomanie*, (pp. 9-33). Presses de l'Université Laval.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M. et Caron, J. (2015). Profiles Associated Respectively with Substance Dependence Only, Mental Disorders Only and Co-occurring Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 86, 355-371. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9335-1>
- Fleury, M. J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J. M., & Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 168, 293–306. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625>
- Fleury, M. J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Pelletier, É., Lesage, A. et Vasiliadis, H. M. (2018). Utilisation de l'urgence au Québec des patients ayant des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 127-152.

- Fleury, M.-J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Pelletier, É. et Vasiliadis, H.-M. (2019b). Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), 8-8. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0223-8>
- Fleury, M. J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H. M., Huynh, C., Grenier, G., Pelletier, E. et Lesage, A. (2019a). *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](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf)
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Farand, L. et Ferland, F. (2019c). Reasons for Emergency Department Use among Patients with Mental Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 703-716. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09657-w>
- 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>
- Fleury, M. J., Cao, Z., Armoon, B., Grenier, G. et Lesage A. (2022a). Profiles of patients using emergency departments or hospitalized for suicidal behaviors. *Suicide Life Threatening Behaviors*, 52(5), 943-962. <https://doi.org/10.1111/sltb.12892>
- Fleury, M. J., Gentil, L., Grenier, G. et Rahme, E. (2022). The Impact of 90-day Physician Follow-up Care on the Risk of Readmission Following a Psychiatric Hospitalization. *Administration and policy in mental health*, 49(6), 1047–1059. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01216-z>
- Fonseca Barbosa, J. et Gama Marques, J. (2023). The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(5), 1075-1089. <https://doi.org/10.1177/00207640221143282>
- 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.
- Fujita, A. W., Ramakrishnan, A., Mehta, C. C., Yusuf, O. B., Thompson, A. B., Shoptaw, S., Carrico, A. W., Adimora, A. A., Eaton, E., Cohen, M. H., Jain, J. P., Adedimeji, A., Plankey, M., Jones, D. L., Chandran, A., Colasanti, J. A. et Sheth, A. N. (2024). Co-Utilization of HIV, Substance Use, Mental Health Services Among Women with Current Substance Use: Opportunities for Integrated Care? *Journal of Primary Care & Community Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/21501319241285531>

- Gabet, M., Cao, Z. et Fleury, M.-J. (2022). Profiles, Correlates and Outcomes Among Patients Experiencing an Onset of Mental Disorder Based on Outpatient Care Received Following Index Emergency Department Visits. *Canadian Journal of Psychiatry*, 67(10), 787-801. <https://doi.org/10.1177/07067437221087004>
- 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>
- Garrod, E., Jenkins, E., Currie, L. M., McGuinness, L. et Bonnie, K. (2020). Leveraging Nurses to Improve Care for Patients with Concurrent Disorders in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Journal of Dual Diagnosis*, 16(3), 357-372. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1752963>
- Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C. et Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 558. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0>
- Gerke, D. R., Call, J. et Auslander, W. F. (2022). The syndemic factors of violence exposure, substance use, and mental health problems: Relationships to sexual risk behaviors in HIV-negative young men who have sex with men. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 13(2), 235-259. <https://doi.org/10.1086/711612>
- Gibbons, A. B., Farmer, C., Shaw, J. S. et Chung, J. Y. (2023). Examining the factor structure of the DSM-5 Level 1 cross-cutting symptom measure. *International journal of methods in psychiatric research*, 32(2), e1953. <https://doi.org/10.1002/mpr.1953>
- Gilbert, L., Raj, A., Hien, D., Stockman, J., Terlikbayeva, A. et Wyatt, G. (2015). Targeting the SAVA (Substance Abuse, Violence, and AIDS) Syndemic Among Women and Girls: A Global Review of Epidemiology and Integrated Interventions. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 69, S118-S127. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000626>
- Glover-Wright, C., Coupe, K., Campbell, A. C., Keen, C., Lawrence, P., Kinner, S. A. et Young, J. T. (2023). Health outcomes and service use patterns associated with co-located outpatient mental health care and alcohol and other drug specialist treatment: A systematic review. *Drug & Alcohol Review*, 42(5), 1195-1219. <https://doi.org/10.1111/dar.13651>
- 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>

- Glynn, T. R., Khanna, S. S., Hasdianda, M. A., O'Cleirigh, C. et Chai, P. R. (2025). Characterizing syndemic HIV risk profiles and mHealth intervention acceptability among patients in the emergency department. *Psychology, Health & Medicine*, 30(1), 30-46.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2407450>
- Gobbicchi, C., Verdolini, N., Menculini, G., Cirimbilli, F., Gallucci, D., Vieta, E. et Tortorella, A. (2021). Searching for factors associated with the "Revolving Door phenomenon" in the psychiatric inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. *Psychiatry research*, 303, 114080. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114080>
- Gomez, K.U., McBride, O., Roberts, E., Angus, C., Keyes, K., Drummond, C., Buchan, I., Fleming, K., Gilmore, I., Donoghue, K., Bonnet, L et Goodwin, L. (2023). The clustering of physical health conditions and associations with co-occurring mental health problems and problematic alcohol use: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23, 89.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04577-3>
- Goodwin, N., Stein, V. et Amelung, V. (2021). What is Integrated Care? *Handbook Integrated Care*. Springer Books. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_1)
- Gouvernement du Canada. (2021). *Addiction to cannabis*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/health-effects/addiction.html>
- Government of Canada. (2022). *Tri-council policy statement: ethical conduct for research involving humans—TCPS 2*. Government of Canada. [https://ethics.gc.ca/eng/policy-politique\\_tcps2-eptc2\\_2022.html](https://ethics.gc.ca/eng/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html)
- Gouvernement du Canada. (2024, 3 avril). *Accoutumance au cannabis*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/effets-sante/dependance.html>
- Gouvernement du Québec. (October 10, 2019). *Répertoire des ressources en dépendances*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reper-toires/dependances/index.php>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Info-social 811*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/en/health/finding-a-resource/info-social-811>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Cadre de référence - Programme d'accompagnement justice et santé mentale + (PAJSM+)*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/justice/programmes/PAJSM/Cadre Reference PAJSM.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>
- Gouvernement du Québec. (2025, 8 février). *Tableau de bord - Performance du réseau de la santé et des services sociaux. Santé mentale*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzOTc5NDZjNmZliwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFIMjRiZTFhNzk5Mij9>
- 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>
- Gramling, L.F. et Carr, R. L. (2004). Lifelines: A life history methodology. *Nursing Research*, 53(3), 207-210. <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00008>
- Greenacre, M. J. (1993). Biplots in correspondence analysis. *Journal of Applied Statistics*, 20(2), 251–269.
- Greenacre, M. (2016). *Correspondence Analysis in Practice* (3<sup>rd</sup> Ed.). Chapman and Hall/CRC.
- Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. (2008). *Approche systémique de la toxicomanie au Canada. Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*. Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/nts-systems-approach-substance-abuse-canada-2008-fr.pdf>
- Gulbas, L. E., Pavelka, C., Hausmann-Stabile, C. et Zayas, L. H. (2024). Rethinking comorbidity: a case study of syndemic risk, eating disorders, and suicidal behaviors in adolescent girls of color. *Qualitative Social Work*, 20240108. <https://doi.org/10.1177/14733250231225170>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. et McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- 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>
- Harris, B. R. et Yu, J. (2016). Attitudes, perceptions and practice of alcohol and drug screening, brief intervention and referral to treatment: A case study of New York State primary care physicians and non-physician providers. *Public Health*, 139, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.007>
- Harvey, M., Neff, J., Knight, K. R., Mukherjee, J. S., Shamasunder, S., Le, P. V., Tittle, R., Jain, Y., Carrasco, H., Bernal-Serrano, D., Goronga, T. et Holmes, S. M. (2022). Structural competency and global health education. *Global public health*, 17(3), 341–362. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1864751>
- Hawk, K. et D'Onofrio, G. (2018). Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addiction Science and Clinical Practice*, 13(18), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0117-1>
- Health Leads. (2018). *Social Needs Screening Toolkit*. [https://healthleadsusa.org/wp-content/uploads/2023/05/Screening\\_Toolkit\\_2018.pdf](https://healthleadsusa.org/wp-content/uploads/2023/05/Screening_Toolkit_2018.pdf)
- Health Standards of Organization. (2021). *CAN/HSO 22004:2021(E) Mental Health and Addiction standard*. <https://healthstandards.org/files/40-PRDraftStandard-EN-MHA-4nov2021.pdf>
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., Ystrom, E., Hultman, C. M. et Høyve, 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. et 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>
- Hensel, J. M., Taylor, V. H., Fung, K. et Vigod, S. N. (2016). Rates of mental illness and addiction among high-cost users of medical services in Ontario. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 61(6), 358-366. <https://doi.org/10.1177/0706743716644764>
- Hensel, J. M., Taylor, V. H., Fung, K., de Oliveira, C. et Vigod, S. N. (2017). Unique Characteristics of High-Cost Users of Medical Care with Comorbid Mental Illness or Addiction in a Population-Based Cohort. *Psychosomatics*, 59(2), 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.10.005>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A. et Baethge, C. (2021). Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(8), 1973–1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Hewner, S., Sullivan, S. S. et Yu, G. (2018). Reducing emergency room visits and in-hospitalizations by implementing best practice for transitional care using innovative technology and big data. *Worldviews Evidence-Based Nursing*, 15(3), 170-177. <https://doi.org/10.1111/wvn.12286>
- Higgins, O., Sheather-Reid, R., Chalup, S. et Wilson, R. L. (2024). Sociodemographic Factors and Presentation Features of Individuals Seeking Mental Health Care in Emergency Departments: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 0, 1-12. <https://doi.org/10.1111/inm.13414>
- Hinostroza, F. et Mahr, M. M. (2025). The Implementation of the Biopsychosocial Model: Individuals with Alcohol Use Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder. *Brain and behavior*, 15(1), e70230. <https://doi.org/10.1002/brb3.70230>
- Hodgkin, D., Gao, W., Larson, M. J., Drebing, C. E., Merrick, E. L., Pugatch, M., Horgan, C. M., Zolotusky, G., Petry, N. M. et Saitz, R. (2020). Referral to Treatment After Positive Screens for Unhealthy Drug Use in an Outpatient Veterans Administration Setting. *Journal of addiction medicine*, 14(3), 236–243. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000567>
- Horton R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet (London, England)*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- Hove, E., Hazelton, M. J., Santangelo, P. et Wilson, R. L. (2023). Integrated nursing care for people with combined mental health and substance use disorders. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 378-401. <https://doi.org/10.1111/inm.13094>

- Hsia, R. Y. et Niedzwiecki, M. (2017). Avoidable emergency department visits: a starting point. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(5), 642–645. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx081>
- 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>
- Hulme, J., Sheikh, H., Xie, E., Gatov, E., Nagamuthu, C. et Kurdyak, P. (2020). Mortality among patients with frequent emergency department use for alcohol-related reasons in Ontario: a population-based cohort study. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 192(47), E1522-E1531. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191730>
- Humphreys, E., Ladner, T. et van Draanen, J. (2023). A Qualitative Assessment of the Treatment Needs of Women with Concurrent Eating and Substance Use Disorders in a Residential Setting. *Journal of Dual Diagnosis*, 19(2-3), 153–165. <https://doi.org/10.1080/15504263.2023.2192175>
- 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>
- 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\\_psyc\\_hoactives\\_prevalence\\_cas\\_identifies.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2512_troubles_substances_psyc_hoactives_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\\_pschoactives\\_troubles\\_mentaux\\_services\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_pschoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf)
- Inglis, G., Jenkins, P., Mchardy, F., Sosu, E. et Wilson, C. (2022). Poverty stigma, mental health, and well-being: A rapid review and synthesis of quantitative and qualitative research. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 33(4), 783-806. <https://doi.org/10.1002/casp.2677>

- Institut canadien d'information sur la santé. (2019). *Ressources des systèmes de santé pour les soins en santé mentale et en toxicomanie au Canada, juillet 2019*.  
<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019-fr-web.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). (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale 2012*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-statistique-de-la-sante-mentale-des-quebecois-resultats-de-lenquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-sante-mentale-2012-portrait-chiffre.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). (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*.  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1698\\_stratindicsurvissqc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1698_stratindicsurvissqc.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*.  
[https://www.ccnpps.ca/docs/2016\\_Ineg\\_Ineq\\_ApprochesPPInegalites\\_Fr.pdf](https://www.ccnpps.ca/docs/2016_Ineg_Ineq_ApprochesPPInegalites_Fr.pdf)
- 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](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). (2018). *Utilisation des données cliniques issues des dossiers médicaux électroniques à des fins de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins et services de première ligne*. Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu, Anne-Marie Cloutier, Roxanne Dault, Jean-François Éthier, Mireille Goetghebeur, Cynthia Khanji, Denis Roy, Alain Vanasse, 52p.  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/INESSS\\_Utilisation donnees cliniques.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/INESSS_Utilisation donnees cliniques.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](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/Portrait_utilisation_urgences_voletA_EP_INESSS.pdf)
- Iott, B. E., Eddy, C., Casanova, C., & Veinot, T. C. (2021). More than a Database: Understanding Community Resource Referrals within a Socio-Technical Systems Framework. *AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium, 2020*, 583–592.
- Isbell, L. M., Chimowitz, H., Huff, N. R., Liu, G., Kimball, E. et Boudreaux, E. (2023). A Qualitative Study of Emergency Physicians' and Nurses' Experiences Caring for Patients with Psychiatric Conditions and/or Substance Use Disorders. *Annals of emergency medicine*, 81(6), 715–727. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.10.014>
- Iudici, A., Girolimetto, R., Volponi, G. et Eletto, A. (2020). Dual Diagnosis and Application Problems in the Use of the Construct: A Review of Literature. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(3), 181–189. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001092>
- Jabbour, M., Reid, S., Polihronis, C., Cloutier, P., Gardner, W., Kennedy, A., Gray, C., Zemek, R., Pajer, K., Barrowman, N. et Cappelli, M. (2016). Improving mental health care transitions for children and youth: a protocol to implement and evaluate an emergency department clinical pathway. *Implementation Science*, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0456-9>
- Jackson, K., Kaner, E., Hanratty, B., Gilvarry, E., Yardley, L. et O'Donnell, A. (2024). Understanding people's experiences of the formal health and social care system for co-occurring heavy alcohol use and depression through the lens of relational autonomy: A qualitative study. *Addiction*, 119(2), 268–280. <https://doi.org/10.1111/add.16350>
- Jain, J. P., Santos, G.-M., Hao, J., Leonard, A., Miller, A. A., Cuca, Y. P. et Dawson-Rose, C. (2022). The syndemic effects of adverse mental health conditions and polysubstance use on being at risk of clinical depression among marginally housed and homeless transitional age youth living in San Francisco, California. *PLoS ONE*, 17(3), e0265397. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265397>
- 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>
- Jenkins, E., Currie, L. M., Hirani, S., Garrod, E., Goodyear, T., McGuinness, L., David, A. et Bonnie, K. (2022). Enhancing nurses' capacity to provide concurrent mental health and substance use disorder care: A quasi-experimental intervention study. *Nurse Education Today*, 117, 105483.
- Jones, C. M. et McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug & Alcohol Dependence*, 197, 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.030>

- 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>
- Kapustianyk, G., Durbin, A., Shukor, A. et Law, S. (2024). Beyond Diagnosis and Comorbidities— A Scoping Review of the Best Tools to Measure Complexity for Populations with Mental Illness. *Diagnostics (2075-4418)*, 14(12), 1300. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14121300>
- 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>
- Karow, A., Brettschneider, C., Helmut König, H., Correll, C. U., Schöttle, D., Lüdecke, D., Rohenkohl, A., Ruppelt, F., Kraft, V., Gallinat, J. et Lambert, M. (2020). Better care for less money: cost-effectiveness of integrated care in multi-episode patients with severe psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 221-230. <https://doi.org/10.1111/acps.13139>
- 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>
- Kedote, M. N., Brousselle, A. et Champagne, F. (2008). Use of health care services by patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Mental Health and Substance Use*, 1(3), 216-227. <https://doi.org/10.1080/17523280802274886>
- Keen, C., Kinner, S. A., Young, J. T., Jang, K., Gan, W., Samji, H., Zhao, B., Krausz, M. et Slaunwhite, A. (2022). Prevalence of co-occurring mental illness and substance use disorder and association with overdose: a linked data cohort study among residents of British Columbia, Canada. *Addiction*, 117(1), 129-140. <https://doi.org/10.1111/add.15580>
- 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.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G. et Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Kessler, R. C. (2004). The Epidemiology of Dual Diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 730-737. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>

- 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>
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, **142**, 1259–1264.
- Khantzian E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Khokhar, J. Y., Dwiel, L. L., Henricks, A. M., Doucette, W. T. et Green, A. I. (2018). The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia research*, 194, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.016>
- 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>
- Kim, J. J., Kwok, E. S. H., Cook, O. G. et Calder, L. A. (2018). Characterizing Highly Frequent Users of a Large Canadian Urban Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 19(6), 926-933. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.9.39369>
- 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>
- Klein, H. et Washington, T. A. (2023). The "triple whammy": Serious psychological distress, suicidal ideation, and substance misuse among transgender persons. *Acta psychologica*, 241, 104092. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104092>
- Klonsky, E., May, A. et Saffer, B. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-30. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Klonsky, E., Saffer, B. et Bryan, C. (2017). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current opinion in psychology*, 22, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.07.020>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A

Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>

- Laliberté, V., Stergiopoulos, V., Jacob, B. et Kurdyak, P. (2020). Homelessness at discharge and its impact on psychiatric readmission and physician follow-up: a population-based cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(e21), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000052>
- Lavergne, M. R., Loyal, J. P., Shirmaleki, M., Kaoser, R., Nicholls, T. L., Schütz, C., Vaughn, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaulius, M., Jones, W. et Small, W. (2022a). The relationship between outpatient service use and emergency department visits among people treated for mental and substance use disorders: analysis of population-based administrative data in British Columbia, Canada. *BMC Health Services Research*, 22, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07759-z>
- 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>
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S. D., Goodridge, D., Plishka, C. et Groot, G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC medicine*, 14, 35. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>
- Label, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N. et Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-Juillet-2018.pdf>
- Leclair, M. C., Charette, Y., Caulet, M. et Crocker, A. G. (2022). Care Pathways, Health Service Use Patterns and Opportunities for Justice Involvement Prevention Among Forensic Mental Health Clients. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 67(12), 907-917. <https://doi.org/10.1177/07067437221076723>
- Lecomte, T., Giguère, C.-É., Cloutier, B. et Potvin, S. (2020). Comorbidity Profiles of Psychotic Patients in Emergency Psychiatry. *Journal of Dual Diagnosis*, 16(2), 260-270. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1713425>
- Leddy, A. M., Zakaras, J. M., Shieh, J., Conroy, A. A., Ofotokun, I., Tien, P. C. et Weiser, S. D. (2021). Intersections of food insecurity, violence, poor mental health and substance use among US women living with and at risk for HIV: Evidence of a syndemic in need of attention. *PLoS ONE*, 16(5), e0252338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252338>
- Lee, S. J., Crowther, E., Keating, C. et Kulkarni, J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(4), 333–346. <https://doi.org/10.1177/0004867412463975>

- Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H. et Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *The European journal of general practice*, 27(1), 198–210. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616>
- Lepelletier, D., Souhard, C., Chidiac, C., Chauvin, F. et Mansour, Z. (2022). Syndemic analysis of the pandemic COVID-19 crisis: a multidisciplinary “Understand—Anticipate – Propose” meta-method. *Archives of Public Health*, 80(193). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00951-x>
- Lett, E., Abrams, M. P., Moberg, E., Benson, G. P. et Perlson, J. E. (2022). Syndemic relationship of depressive symptoms, substance use, and suicidality in transgender youth: a cross-sectional study using the U.S. youth risk behavior surveillance system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 2293-2304. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02348-1>
- Lieberman, J. A. et Bowers, M. B., Jr (1990). Substance abuse comorbidity in schizophrenia: editors' introduction. *Schizophrenia bulletin*, 16(1), 29–30.
- Leutz, W. (2005). Reflections on Integrating Medical and Social Care: Five Laws Revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3-12.
- Lewis, K. B., Graham, I. D., Boland, L. et Stacey, D. (2021). Writing a compelling integrated discussion: a guide for integrated discussions in article-based theses and dissertations. *International journal of nursing education scholarship*, 18(1), 10.1515/ijnes-2020-0057. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2020-0057>
- Lin, W. C., Zhang, J., Leung, G. Y. et Clark, R. E. (2011). Chronic physical conditions in older adults with mental illness and/or substance use disorders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(10), 1913–1921. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03588.x>
- Livingston, J. D. (2020). *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire*. Commission de la santé mentale du Canada. [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-07/structural\\_stigma\\_in\\_healthcare\\_fr.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-07/structural_stigma_in_healthcare_fr.pdf)
- 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>
- Loranger, C. et Fleury, M.-J. (2020). Factors Associated with Perceived Continuity of Care Among Patients Suffering from Mental Disorders. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 670-679. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00528-z>
- Louie, E., Giannopoulos, V., Baillie, A., Uribe, G., Byrne, S., Deady, M., Teesson, M., Baker, A., Haber, P. S. et Morley, K. C. (2018). Translating Evidence-Based Practice for Managing Comorbid Substance Use and Mental Illness Using a Multimodal Training Package. *Journal of dual diagnosis*, 14(2), 111–119. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1437496>

- Lowe, D. J. E., Simpkin, E. et George, T. P. (2022). Dual Diagnosis Double the Stigma, Double the Trouble. *Psychiatric Times*, 39(5), 26-27.
- Lowenstein, M., Kilaru, A., Perrone, J., Hemmons, J., Abdel-Rahman, D., Meisel, Z. F. et Delgado, M. K. (2019). Barriers and facilitators for emergency department initiation of buprenorphine: A physician survey. *American Journal of Emergency Medicine*, 37(9), 1787–90. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.02.025>
- Luxton, D. D., June, J. D. et Comtois, K. A. (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 34(1), 32–41. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000158>
- Mabhala, M., Esealuka, W., Nwifo, A., Enyinna, C., Mabhala, C., Udechukwu, T., Reid, J. et Yohannes, A. (2021). Homelessness Is Socially Created: Cluster Analysis of Social Determinants of Homelessness (SODH) in North West England in 2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063066>
- MacDonald, K., Fainman-Adelman, N., Anderson, K. K. et Iyer, S. N. (2018). Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(10), 1005–1038. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1578-y>
- 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>
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Marel, C., Madden, E., Wilson, J., Teesson, M. et Mills, K. L. (2023). Effectiveness of online training for improving knowledge, attitudes, and confidence of alcohol and other drug workers in relation to co-occurring mental health conditions. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 30(2), 115-123. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1983520>
- Marshall, M. (2014) *Drinking smoke: the tobacco syndemic in Oceania*. University of Hawaii Press.
- Martins, S. S., Fenton, M. C., Keyes, K. M., Blanco, C., Zhu, H. et Storr, C. L. (2012). Mood and anxiety disorders and their association with non-medical prescription opioid use and prescription opioid-use disorder: longitudinal evidence from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 42(6), 1261–1272. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002145>
- Matusiewicz A. K., Bornovalova, M. A. et Limbrunner, H. M. (2014). Borderline personality disorder. Dans L. Grossman, & S. Walfish S (Éds), *Translating psychological research into practice* (pp. 153-158). Springer Publishing Co.

- 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>
- McCullough, M. H., Small, M., Jayawardena, B. et Hood, S. (2024). Mapping clinical interactions in an Australian tertiary hospital emergency department for patients presenting with risk of suicide or self-harm: Network modeling from observational data. *PLoS Medicine*, 21(1), e1004241. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004241>
- McDonald, L. R., Antoine, D. G., Liao, C., Lee, A., Wahab, M. et Coleman, J. S. (2020). Syndemic of Lifetime Mental Illness, Substance Use Disorders, and Trauma and Their Association With Adverse Perinatal Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(1/2), 476-495. <https://doi.org/10.1177/0886260516685708>
- McDonell, M. G., Kerbrat, A. H., Comtois, K. A., Russo, J., Lowe, J. M. et Ries, R. K. (2012). Validation of the Co-occurring disorder Quadrant Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(3), 266-273.
- McGovern, M. P., Clark, R. E. et Samnaliev, M. (2007). Co-occurring psychiatric and substance use disorders: A multistate feasibility study of the quadrant model. *Psychiatric Services*, 58(7), 949-954. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.7.949>
- McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Almeida, J. M. C., Chardoul, S., Chiu, W. T., Degenhardt, L., Demler, O. V., Ferry, F., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Khaled, S. M., Kovess-Masfety, V., Magno, M., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The lancet. Psychiatry*, 10(9), 668–681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
- McHugh, R. K. et Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol research: current reviews*, 40(1), arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- McIntyre, H., Reeves, V., Loughhead, M., Hayes, L. et Procter, N. (2022). Communication pathways from the emergency department to community mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1282-1299. <https://doi.org/10.1111/inm.13024>
- McKeown, M., Stowell-Smith, M., Derricott, J. et Mercer, D. (1998). Dual Diagnosis as Social Control. *Addiction Research*, 6(1), 63-70. <https://doi.org/10.3109/16066359809008844>
- Meghani, S. H., Buck, H. G., Dickson, V. V., Hammer, M. J., Rabelo-Silva, E. R., Clark, R. et Naylor, M. D. (2013). *Nursing Research and Practice, Special Issue*. <https://doi.org/10.1155/2013/192782>
- Melino K. (2022). Structural Competency in Health Care. *The Nursing clinics of North America*, 57(3), 433–441. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.04.009>

- Mendenhall, E. (2016). Beyond Comorbidity: A Critical Perspective of Syndemic Depression and Diabetes in Cross-cultural Contexts. *Medical Anthropology Quarterly*, 30(4), 462-478. <https://doi.org/10.1111/maq.12215>
- Mendenhall, E. (2017). Syndemics: a new path for global health research. *Lancet*, 389(10072), 889-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30602-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30602-5)
- Mendenhall, E., Kohrt, B. A., Norris, S. A., Ndeti, D. et Prabhakaran, D. (2017). Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet*, 389(10072), 951-963. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30402-6)
- Mendenhall, E., Newfield, T. et Tsai, A. C. (2022). Syndemic theory, methods, and data. *Social Science & Medicine*, 295, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114656>
- Mendiola, C. K., Galetto, G. et Fingerhood, M. (2018). An Exploration of Emergency Physicians' Attitudes Toward Patients With Substance Use Disorder. *Journal of addiction medicine*, 12(2), 132–135. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000377>
- Meneau, M., Gilbert, M. et Fleury, M.-J. (2017). Améliorer la santé mentale des populations par l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 243-271. <https://doi.org/10.7202/1040253ar>
- Merriam, S. B. et Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation* (4<sup>e</sup> éd.). Jossey-Bass.
- Merrick, T. T., Louie, E., Cleary, M., Molloy, L., Baillie, A., Haber, P. et Morley, K. C. (2022). A systematic review of the perceptions and attitudes of mental health nurses towards alcohol and other drug use in mental health clients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 1373-1389. <https://doi.org/10.1111/inm.13043>
- Méthot, P.-O. (2016). Introduction : Les concepts de santé et de maladie en histoire et en philosophie de la médecine. *Revue Phares*, 16, 9-41.
- Miele, A. S., Fleury, M.-J., Zeluff, H., Mendieta, A., Phillips, C., Roth, A., Basello, G., Nienaber, C., Crupi, R. et Brondolo, E. (2023). Driven by need, shaped by access: Heterogeneity in patient profiles and patterns of service utilization in patients with alcohol use disorders. *Drug And Alcohol Dependence*, 246, 109825. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109825>
- Miller, C. J., Grogan-Kaylor, A., Perron, B. E., Kilbourne, A. M., Woltmann, E. et Bauer, M. S. (2013). Collaborative chronic care models for mental health conditions: cumulative meta-analysis and metaregression to guide future research and implementation. *Medical care*, 51(10), 922–930. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a3e4c4>
- Miller, A. E., Mehak, A., Trolino, V. et Racine, S. E. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the psychological health of individuals with mental health conditions: A mixed methods study. *Journal of clinical psychology*, 78(4), 710–728. <https://doi.org/10.1002/jclp.23250>

- 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). (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS*. Direction des communications du MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-914-08.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, résultat d'une réflexion commune*. Direction des communications du MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.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 (MSSS). (2015a). *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). (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2017). *Le système de santé et de services sociaux au Québec - En bref*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.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). (2019). *Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)*. Santé et Services sociaux Québec. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/repertoires/>
- 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](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2021). *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance*. <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). *Orientations et organisations du réseau. Définition des trajectoires de services*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-orientations-et-organisation-du-reseau/definition-des-trajectoires-de-services/>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2022c, 29 juin). *Durant l'épisode de soins aigus - A propos*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-durant-l-episode-de-soins-aigus/#unite-hospitalisation-breve>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2022d). *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 (MSSS). (2022e). *Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.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](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>
- Minkoff K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital & community psychiatry*, 40(10), 1031–1036. <https://doi.org/10.1176/ps.40.10.1031>
- Moe, J., Wang, Y. E., Schull, M. J., Dong, K., McGregor, M. J., Hohl, C. M., Holroyd, B. R. et McGrail, K. M. (2022). Characterizing people with frequent emergency department visits and substance use: a retrospective cohort study of linked administrative data in Ontario,

Alberta, and B.C., Canada. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 1-18.  
<https://doi.org/10.1186/s12873-022-00673-x>

- Morganti, K. G., Bauhoff, S., Blanchard, J. C., Abir, M., Iyer, N., Smith, A., Vesely, J. V., Okeke, E. N. et Kellermann, A. L. (2013). The Evolving Role of Emergency Departments in the United States. *Rand health quarterly*, 3(2), 3.
- 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>
- Morisano, D., Babor, T. F. et Robaina, K. A. (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 5-25. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0002>
- Morris, D. W., Ghose, S., Williams, E., Brown, K. et Khan, F. (2018). Evaluating psychiatric readmissions in the emergency department of a large public hospital. *Neuropsychiatric Disease & Treatment*, 14, 671-679. <https://doi.org/10.2147/NDT.S143004>
- Motta-Ochoa, R., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., Brunelle, N., Landry, M. et Brochu, S. (2017). A Qualitative Study of Addiction Help-Seeking in People with Different Co-occurring Mental Disorders and Substance Use Problems. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 15(4), 883-899. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9762-y>
- Muhrer, J. C. (2021). Risk of misdiagnosis and delayed diagnosis with COVID-19: A Syndemic Approach. *The Nurse Practitioner*, 46(2), 44-49.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S. et Blanchard, J. J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(6), 845-856. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.6.845>
- Mueser, K. T., Drake, R. E. et Wallach, M. A. (1998). Dual Diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- 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>
- Mughal, S., Salmon, A., Churchill, A., Tee, K., Jaouich, A. et Shah, J. (2023). Guiding Principles for Implementing Stepped Care in Mental Health: Alignment on the Bigger Picture. *Community Mental Health Journal*, 59(6), 1035-1042. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01116-y>
- Mullen, J. N., Levitt, A. et Markoulakis, R. (2022). Supporting Individuals with Mental Health and/or Addictions Issues Through Patient Navigation: A Scoping Review. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00982-2>
- Mulvaney-Day, N., Marshall, T., Piscopo, K. D., Korsen, N., Lynch, S., Karnell, L. H., Moran, G. E., Daniels, A. S. et Ghose, S. S. (2018). Screening for Behavioral Health Conditions in Primary

Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 33(3), 335-346. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4181-0>

- Musey, P.I., Lee, J.A., Hall, C.A. et Kline, J. A. (2018). Anxiety about anxiety: a survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emergency Medicine*, 18(10), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0161-x>
- Myhre, M. Ø., Walby, F. A., Bramness, J. G. et Mehlum, L. (2024). Trajectories of Service Contact before Suicide in People with Substance Use Disorders-A National Register Study. *Archives of Suicide Research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 28(1), 200-215. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2151959>
- Nadeau, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 7-21.
- 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.
- Nam, E., Lee, E. et Kim, H. (2021). 10-Year Trends of Emergency Department Visits, Wait Time, and Length of Stay among Adults with Mental Health and Substance use Disorders in the United States. *Psychiatric Quarterly*, 92, 1159-1174. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09894-y>
- National Center for Health Statistics, under authorization by the World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases – Clinical Modifications (ICD-10-CM)*, 10<sup>th</sup> Revision. National Center for Health Statistics.
- National Harm Reduction Coalition. (2020). *Principles of Harm Reduction*. <https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2022/12/NHRC-PDF-Principles-Of-Harm-Reduction.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022a). Depression in adults: treatment and management. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022b). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/resources/selfharm-assessment-management-and-preventing-recurrence-pdf-66143837346757>
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2020). *“Revolving Door” Syndrome*. [https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit3\\_11](https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit3_11)
- National Institute on Drug Abuse. (2023). *Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes Research Report*. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes>
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Beevers, S., Kitwiroon, N., Roberts, S., Pariante, C. M., Kelly, F. J. et Fisher, H. L. (2019). Association of Air Pollution Exposure With Psychotic Experiences

During Adolescence. *JAMA psychiatry*, 76(6), 614–623.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0056>

O'Donnell, A. et Foran, A. (2024). The link between anticipated and internalized stigma and depression: A systematic review. *Social science & medicine*, 349, 116869.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116869>

O'Brien, A., Leonard, L. et Deering, D. (2012). Could an advance practice nurse improve detection of alcohol misuse in the emergency department? *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 340-348. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00797.x>

O'Donnell, R., Hinderer, K., Belanger, D., Chenard, D., Boyle, E., Borrup, K., Fish, M., Brimacombe, M. et Rogers, S. (2024). Development and Implementation of a Pediatric Nursing Emergency Behavioral Health Assessment Tool. *Journal of emergency nursing*, 50(3), 342-353. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.02.005>

Office québécois de la langue française. (2024). *Déficiences, troubles et situations de handicap: des mots pour en parler*.  
<https://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/VocabulairesPDF/vocabulaire-troubles-deficiences-handicaps.pdf>

Ofosu, N. N., Luig, T., Chiu, Y., Mumtaz, N., Yeung, R. O., Lee, K. K., Wang, N., Omar, N., Yip, L., Aleba, S., Maragang, K., Ali, M., Dormitorio, I. et Campbell-Scherer, D. (2022). Understanding the bigger picture: syndemic interactions of the immigrant and refugee context with the lived experience of diabetes and obesity. *BMC Public Health* 22(345). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12305-3>

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>

Olariu, E., Forero, C. G., Castro-Rodriguez, J. I., Rodrigo-Calvo, M. T., Alvarez, P., Martin-Lopez, L. M., Sánchez-Toto, A., Adroher, N. D., Blasco-Cubedo, M. J., Vilagut, G., Fullana, M. A. et Alonso, J. (2015). Detection of anxiety disorders in primary care: A meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depression and Anxiety*, 32(7), 471–484.  
<https://doi.org/10.1002/da.22360>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016a). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3<sup>e</sup> édition.  
[https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016b). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*.  
[https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462_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](https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021b). *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique – Lignes directrices*.  
<https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.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>
- Ordu, F. (2023). Evaluation of Stigma of Mental Illnesses: Review. *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 15(1), 38–49.  
<https://doi.org/10.18863/pgy.1079332>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). *Plan d'action pour la santé mondiale 2013-2020*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf;jsessionid=B15FD1131C97366E5E7D8C7D748C6995?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=B15FD1131C97366E5E7D8C7D748C6995?sequence=1)
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *International Classification of Diseases – Clinical Modifications (ICD-10-CM). 10<sup>th</sup> Revision*. United States: National Center for Health Statistics.
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 17 juin). *Santé mentale : renforcer notre action*.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- 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>
- Orsolini, L., Rojnić Palavra, I., Papanti, G. D., Potočan, M., Quattrone, D., Martens, M., Sklenářová, S., Levola, J., Grichy, L., Naughton, S., Grinevičiene, I. K., Kuiters, J. P., Gondek, T. M., Panfil, A. L., Borovcanin, M. M., San Roman Uria, A., Biskup, E., Sönmez Güngör, E., Casanova Dias, M., Tomori, S., ... Pinto da Costa, M. (2021). Psychiatry Trainees' Attitudes, Knowledge, and Training in Addiction Psychiatry-A European Survey. *Frontiers in psychiatry*, 11, 585607. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.585607>
- Osher, F. C. et Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital & community psychiatry*, 40(10), 1025–1030.  
<https://doi.org/10.1176/ps.40.10.1025>
- Ouafik, M. (2019). La syndémie, un concept neuf. *Santé conjugée*, 86, 25-26.
- Outram, S. M., Koester, K. A., Moran, L., Steward, W. T. et Arnold, E. A. (2024). Syndemic Theory and Its Use in Developing Health Interventions and Programming: A Scoping Review. *Current HIV/AIDS reports*, 21(6), 309-322. <https://doi.org/10.1007/s11904-024-00707-y>

- Pacek, L. R., Martins, S. S. et Crum, R. M. (2013). The bidirectional relationships between alcohol, cannabis, co-occurring alcohol and cannabis use disorders with major depressive disorder: results from a national sample. *Journal of affective disorders*, 148(2-3), 188–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.059>
- 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>
- Parkman, T., Neale, J., Day, E. et Drummond, C. (2017). How Do People Who Frequently Attend Emergency Departments for Alcohol-Related Reasons Use, View, and Experience Specialist Addiction Services? *Substance Use & Misuse*, 52(11), 1460-1468. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1285314>
- Patterson, M. L., Markey, M. A. et Somers, J. M. (2012). Multiple Paths to Just Ends: Using Narrative Interviews and Timelines to Explore Health Equity and Homelessness. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2), 132-151. <https://doi.org/10.1177/160940691201100202>
- Pawlowski, A., Jansson, M., Sköld, M., Rottenberg, M. E. et Källenius, G. (2012). Tuberculosis and HIV co-infection. *PLoS pathogens*, 8(2), e1002464. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1002464>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M. et Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction (Abingdon, England)*, 113(10), 1905–1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Paumier, Romain (2017) , « Le temps long : travail de proximité et réduction des méfaits », *Revue du CREMIS* , 10(1) , 39-43.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Université de Montréal.
- 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>
- Pepper, B., Krishner, M. C. et Ryglewicz H. (1981). The young adult chronic patient: overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry*, 32(7), 463–469. <https://doi.org/10.1176/ps.32.7.463>
- Pérez-Esteban, A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Debbané, M. et Fonseca-Pedrero, E. (2024). The assessment of transdiagnostic dimensions of emotional disorders: Validation of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI) in adolescents with subthreshold anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 357, 138–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.081>

- Perlman, D. C. et Jordan, A. E. (2018). The Syndemic of Opioid Misuse, Overdose, HCV, and HIV: Structural-Level Causes and Interventions. *Current HIV/AIDS reports*, 15(2), 96–112. <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0390-3>
- 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.
- Pirrone, I., Dieleman, M., Reis, R. et Pell, C. (2021). Syndemic contexts: findings from a review of research on non-communicable diseases and interviews with experts. *Global Health Action*, 14(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1927332>
- Poremski, D., Harris, D. W., Kahan, D., Pauly, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Wasylenki, D. et Stergiopoulos, V. (2016). Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *General hospital psychiatry*, 40, 55–59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.01.004>
- 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>
- Puntis, S., Rugkasa, J., Forrest, A., Mitchell, A. et Burns, T. (2015). Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: A systematic review. *Psychiatric Services*, 66(4), 354–363. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400178>
- Rálaigh, C. Ó. (2021). What's in a name? Applying the syndemic perspective to COVID-19 in Ireland. *Irish Journal of Sociology*, 1. <https://doi.org/10.1177/07916035211009147>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). *Assessment and Care of Adults at Risk of Suicidal Ideation and Behaviour*. [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour 0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Assessment%20and%20Care%20of%20Adults%20at%20Risk%20for%20Suicidal%20Ideation%20and%20Behaviour%200.pdf)
- Reilly, J., Meurk, C., Heffernan, E. et Sara, G. (2023). Substance use disorder screening and brief intervention in routine clinical practice in specialist adult mental health services: A systematic review. *The Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(6), 793-810. <https://doi.org/10.1177/00048674221148394>
- 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>

- Richmond, J. S., Dragatsi, D., Stiebel, V., Rozel, J. S. et Rasimas, J. J. (2021). American Association for Emergency Psychiatry Recommendations to Address Psychiatric Staff Shortages in Emergency Settings. *Psychiatric Services*, 72(4), 437–443. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900501>
- 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>
- Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Gili, M., Salazar-Cedillo, A., Ricci-Cabello, I., Roldán-Espínola, L., Coronado-Simsic, V., García-Toro, M., Gómez-Juanes, R. et Roca, M. (2023). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274, 1543 - 1563. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01716-5>
- Ries, R. (1993). Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 167-175.
- Roberge, P., Normand-Lauzière, F., Raymond, I., Luc, M., Tanguay-Bernard, M. M., Duhoux, A., Bocti, C. et Fournier, L. (2015). Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Family Practice*, 16(146). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0358-y>
- Roberge, P., Hudon, C., Courteau, J., Courteau, M., Dufour, I. et Chiu, Y. M. (2024). Care trajectories of individuals with anxiety disorders: A retrospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 349, 604-616. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.043>
- Robinson, A. C., Knowlton, A. R., Gielen, A. C. et Gallo, J. J. (2016). Substance use, mental illness, and familial conflict non-negotiation among HIV-positive African-Americans: latent class regression and a new syndemic framework. *Journal of behavioral medicine*, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9670-1>
- Rodriguez, V. J., Chahine, A., Parrish, M. S., Alcaide, M. L., Lee, T. K., Hurwitz, B., Sawhney, M., Weiss, S. M., Jones, D. L. et Kumar, M. (2021). The contribution of syndemic conditions to cardiovascular disease risk. *AIDS Care*, 33(5), 585–593. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1761518>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S. et Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC family practice*, 16, 135. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- 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>

- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(10), 939-1000.
- Rozier, M. et Vanasse, V. (2011). Les mesures de réduction des méfaits : entre cadre pénal et pratiques d'intervention. Dans D. Laberge. (dir.), *L'errance urbaine* (pp.417-432). Les Éditions MultiMondes.
- Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner, R. et Strike, C. (2017). Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 12(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0125-2>
- Rundell, K., Oza, R., Greco, L. et Cruzado, E. O. (2019). Caring for patients with co-occurring mental health & substance use disorders. *Journal of Family Practice*, 68(7), 400-404.
- RUISSS de l'Université de Montréal. (2025, 9 mai). *Télémentorat ECHO® TC-CHUM*. <https://ruiss.umontreal.ca/cectc/services/echo-troubles-concomitants/>
- 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-cect.ca/pdf/Summary-reportFINAL-Dec18-08.pdf>
- Rush, B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 617–636.
- Samokhvalov, A. V., Awan, S., George, T. P., Irving, J., Le Foll, B., Perrotta, S., Probst, C., Voore, P. et Rehm, J. (2017). Integrated care pathway for co-occurring major depressive and alcohol use disorders: Outcomes of the first two years. *The American journal on addictions*, 26(6), 602–609. <https://doi.org/10.1111/ajad.12572>
- Samokhvalov, A. V., Probst, C., Awan, S., George, T. P., Le Foll, B., Voore, P. et Rehm, J. (2018). Outcomes of an integrated care pathway for concurrent major depressive and alcohol use disorders: a multisite prospective cohort study. *BMC psychiatry*, 18(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1770-3>
- Samuels-Kalow, M. E., Boggs, K. M., Cash, R. E., Herrington, R., Mick, N. W., Rutman, M. S., Venkatesh, A. K., Zabbo, C. P., Sullivan, A. F., Hasegawa, K., Zachrisson, K. S. et Camargo, C. A. Jr. (2021). Screening for Health-Related Social Needs of Emergency Department Patients. *Annals of emergency medicine*, 77(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.08.010>
- Sandahl, M., Lassen, A. T., Stenager, E. et Østervang, C. (2024). Pathways and transitions for patients admitted to an emergency department after self-harming events. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33, 1129-1138. <https://doi.org/10.1111/inm.13314>
- Santé Montréal. (2025, 18 novembre). *Organismes communautaires*. <https://www.santemonteregie.qc.ca/installations/organismes-communautaires>

- Saraiva, S., Guthrie, E., Walker, A., Trigwell, P., West, R., Shuweidi, F., Crawford, M., Fossey, M., Hewison, J., Murray, C. C., Hulme, C. et House, A. (2020). The nature and activity of liaison mental services in acute hospital settings: a multi-site cross sectional study. *BMC health and services research*, 20(1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05165-x>
- Sather, E. W., Cabral Iversen, V., Folsvik Svindseth, M., Crawford, P. et Vasset, F. (2022). Exploring sustainable care pathways - a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, 1595. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08863-w>
- 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>
- Scheer, J. R., Helminen, E. C., Felver, J. C. et Coolhart, D. (2023). Nonmedical Social Determinants, Syndemic Conditions, and Suicidal Thoughts and Behaviors in a Treatment-seeking Community Sample: A Latent Class Analysis. *Archives of Suicide Research*, 27(3), 1063-1082. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2108741>
- Schoer, N., Rodrigues, R., Reid, J., Ryan, B. R., Lizotte, D. J., Booth, R., MacDougall, A. G., Kurdyak, P. et Anderson, K. K. (2021). Patterns of Primary Care Use Prior to a First Diagnosis of Non affective Psychotic Disorder in Ontario, Canada: Modèles d'utilisation des soins de première ligne avant un premier diagnostic de trouble psychotique non affectif en Ontario, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(4), 406-417. <https://doi.org/10.1177/0706743720961732>
- Schmidt M. (2018). Frequent visitors at the psychiatric emergency room - A literature review. *The Psychiatric quarterly*, 89(1), 11–32. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9509-8>
- Schmidt-Sane, M., Leach, M., MacGregor, H., Meeker, J. et Wilkinson, A. (2021). Local Covid-19 Syndemics and the Need for an Integrated Response. *IDS Bulletin*, 52(1), 19-36. <https://doi.org/10.19088/1968-2021.103>
- Schrijvers, G., van Hoorn, A. et Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care, special edition integrated care pathways*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.5334/ijic.812>
- 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>
- Searby, A., Burr, D., Carolin, R. et Hutchinson, A. (2025). Barriers and Facilitators to Mental Health Service Integration: A Scoping Review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1), e13449. <https://doi.org/10.1111/inm.13449>
- Seys, D., Bruyneel, L., Deneckere, S., Kul, S., Van der Veken, L., van Zelm, R., Sermeus, W., Panella, M. et Vanhaecht, K. (2017). Better organized care via care pathways: A multicenter study. *PLoS ONE*, 12(7), e0180398. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180398>

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. et Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, *59 Suppl 20*, 22–57.
- Shiraishi, M., Ishii, T., Kigawa, Y., Tayama, M., Inoue, K., Narita, K., Tateno, M. et Kawanishi, C. (2018). Psychiatric Consultations at an Emergency Department in a Metropolitan University Hospital in Northern Japan. *Psychiatry investigation*, *15(7)*, 739–742. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.04.04>
- Shortell, S. M. (1995). The future of integrated systems. *Healthcare Financial Management*, *49(1)*, 24-29.
- Shukor, A.R., Joe, R., Sincaian, G., Klazinga, N. et Kringos, D.S. (2019). A Multi-sourced Data Analytics Approach to Measuring and Assessing Biopsychosocial Complexity: The Vancouver Community Analytics Tool Complexity Module (VCAT-CM). *Community Mental Health Journal*, *55*, 1326–1343. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00417-5>
- Siddiqui, F., Salam, R., Lassi, Z. et Das, J. (2020). The Intertwined Relationship Between Malnutrition and Poverty. *Frontiers in Public Health*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00453>
- Singer, M. (1994). AIDS and the health crisis of the US urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*, *39(7)*, 931-948. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90205-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90205-4)
- Singer, M. (1996). A Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of AIDS: Conceptualizing the SAVA Syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, *24(2)*, 99-110.
- Singer, M. et Clair, S. (2003). Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly*, *17(4)*, 423-441. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. et Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, *389(10072)*, 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- Singer, M., Bulled, N. et Ostrach, B. (2020). Whither syndemics? Trends in syndemics research, a review 2015–2019. *Global Public Health*, *15(7)*, 943-955. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317>
- Singer, M., Bulled, N. et Leatherman, T. (2022). Are There Global Syndemics? *Medical Anthropology*, *41(1)*, 4-18. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.2007907>
- Slankamenac, K., Zehnder, M., Langner, T. O., Krähenmann, K. et Keller, D. I. (2019). Recurrent Emergency Department Users: Two Categories with Different Risk Profiles. *Journal of clinical medicine*, *8(3)*, 333. <https://doi.org/10.3390/jcm8030333>
- Slankamenac, K., Heidelberger, R. et Keller, D. I. (2020). Prediction of recurrent emergency department visits in patients with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 48–48. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00048>

- Smetanin, P., Briante, C., Stiff, D., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011-2041. Prepared for the Mental Health Commission of Canada*. RiskAnalytica.
- Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G. et Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide reattempts: a systematic review. *Psychological Medicine*, 51, 2525–2540. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003081>
- Smith, J. P. et Randall, C. L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 414-431.
- Smith, L. L., Yan, F., Charles, M., Mohiuddin, K., Tyus, D., Adekeye, O. et Holden, K. B. (2017). Exploring the Link Between Substance Use and Mental Health Status: What Can We Learn from the Self-medication Theory? *Journal of health care for the poor and underserved*, 28(2S), 113–131. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0056>
- Statistics Canada. (2019). *Mental Health Care Needs*. Statistics Canada, catalogue no.82-625-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-625-x/2019001/article/00011-eng.pdf?st=xnpWCJSt>
- Statistique Canada. (2017). *Région de la Mauricie et Centre-du-Québec. Profil du recensement, recensement de 2016*. Statistique Canada, catalogue no. 98-316-X2016001. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Statistique Canada. (2018). *Portrait de la consommation d'alcool au Québec et au Canada*. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/portrait-de-la-consommation-alcool-au-canada-et-au-quebec>
- 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](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015)
- Statistique Canada. (2023b). *Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2023*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/231212/dq231212c-fra.pdf?st=5nqvVndl>
- Statistique Canada. (2023c, 6 novembre). *Consommation abusive d'alcool, selon le groupe d'âge*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009611>
- Statistique Canada. (2023d, 28 juin). *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html#a3>
- Statistique Canada. (2023e, 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>

Statistique Canada. (2024, 11 janvier). *Les comportements liés à la santé et consommation de substances*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2023001/section2-fra.htm#a2>

Stephenson, E. (2023). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale. Regards sur la société canadienne* (no 75-006-X). Statistique Canada.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2023053-fra.pdf?st=w60mhOol>

Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Cohen, A., Guimond, T., Hwang, S. W., Kurdyak, P., Leszcz, M. et Wasylenki, D. (2017). The effect of brief case management on emergency department use of frequent users in mental health: Findings of a randomized controlled trial. *PloS one*, 12(8), e0182157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182157>

Stiefel, F. C., de Jonge, P., Huyse, F. J., Guex, P., Slaets, J. P., Lyons, J. S., Spagnoli, J. et Vannotti, M. (1999). "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *General hospital psychiatry*, 21(1), 49–56. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(98\)00061-9](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(98)00061-9)

St-Pierre, I. et Lessard, S. (2022). La démarche de soins infirmiers en santé mentale (chap. 6). In: M. C. Townsend, K. I. Morgan, P. Pariseau-Legault, & M.-H. Goulet. *Psychiatrie et santé mentale* (3<sup>e</sup> Éd.). Pearson ERPI.

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>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2018). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHFFR2017/NSDUHFFR2017.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). *Treatment episode data set (TEDs) 2017 admissions to and discharges from publicly funded substance use treatment*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt23083/TEDS-2017-R.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDF/HTML/2019NSDUHFFR090120.htm>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2021). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National*

*Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP21-07-01-003, NSDUH Series H-56.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDUHFFRPDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFFR102121.htm>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2022). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt39443/2021NSDUHFFRRev010323.pdf>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2023). *Harm Reduction Framework*. Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/harm-reduction-framework.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2024, July). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2023 National Survey on Drug Use and Health*.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt47095/National%20Report/National%20Report/2023-nsduh-annual-national.pdf>

Suissa, Amnon Jacob. (2008). Addiction et pathologisation de l'existence: Aspects psychosociaux. *Psychotropes*, 14, 61-80.

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>

Sweeney, A., Rose, D., Clement, S., Jichi, F., Jones, I. R., Burns, T., Catty, J., McLaren, S. et Wykes, T. (2012). Understanding service user-defined continuity of care and its relationship to health and social measures: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 145. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-145>

Sylvestre, M. P., Tchouangue Dinkou, G. D., Armasu, A., Pelekanakis, A., Plourde, V., Bélanger, M., Maximova, K., Thombs, B. D. et O'Loughlin, J. (2022). Symptoms of depression and anxiety increased marginally from before to during the COVID-19 pandemic among young adults in Canada. *Scientific reports*, 12(1), 16033. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-20379-1>

Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Ruiz, P. et Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a>

Szerman, N., Parro-Torres, C., Didia-Attas, J. et El-Guebaly, N. (2018). Dual Disorders: Addiction and Other Mental Disorders. Integrating Mental Health. Dans A. Javed et K. Fountoulakis

(dir.), *Advances in Psychiatry* (p. 109-127). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_7)

- Tacbas, M., McGovern, B. et Rodricks, J. (2023). Closing the Gap: The Role of Discharge Nurses in an Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 49(1), 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.09.019>
- Tan, D. H. S., Leon-Carlyle, M., Mills, R., Moses, E. et Carvalhal, A. (2016). Self-Administered Screening for Syndemic Mental Health Problems Should be Routinely Implemented Among MSM PrEP Users. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(1), 13-20. <https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1105765>
- Tandon, R. et Shariff, S. M. (2019). Substance-Induced Psychotic Disorders and Schizophrenia: Pathophysiological Insights and Clinical Implications. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 683–684. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19070734>
- 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>
- Tennant, M., Frampton, C., Mulder, R. et Beaglehole, B. (2023). Polypharmacy in the treatment of people diagnosed with borderline personality disorder: repeated cross-sectional study using New Zealand's national databases. *BJPsych open*, 9(6), e200. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.592>
- Thomas, N. et Menih, H. (2021). Negotiating Multiple Stigmas: Substance Use in the Lives of Women Experiencing Homelessness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 2973-2992. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00560-9>
- Thompson, R., Wall, M., Greenstein, E., Grant, B. et Hasin, D. (2013). Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States. *American journal of public health*, 103(Suppl 2), S282-288 . <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301302>
- Tormohlen, K. N., Tobin, K. E. et Latkin, C. (2019). Sources of Stress among Adults with Co-occurring Drug Use and Depressive Symptoms. *Journal of Urban Health*, 96(3), 379-389. <https://doi.org/10.1007/s11524-018-0304-0>
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Savisens, D. et Bulbena, A. (2012). Psychiatric Co-Morbidity and Substance Use Disorders: Treatment in Parallel Systems or in One Integrated System? *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 1005-1014.
- Tørseth, T. N. et Ådnanes, M. (2022). Trust in pathways? Professionals' sensemaking of care pathways in the Norwegian mental health services system. *BMC Health Services Research*, 22(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07424-x>
- Townsend, M.C., Morgan, K.I., Pariseau-Legault, P. et Goulet, M.H. (2022). *Psychiatrie et santé mentale* (3<sup>e</sup> éd.). Pearson-ERPI.

- 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>
- Tremblay, L. (2018). La pleine occupation de notre champ d'exercice : un enjeu profondément actuel qui est l'affaire de tous. *Perspective infirmière, septembre-octobre 2018*. <https://www.oiiq.org/la-pleine-occupation-de-notre-champ-d-exercice-un-enjeu-profondement-actuel-qui-est-l-affaire-de-tous>
- Tripp, J. C., Worley, M. J., Straus, E., Angkaw, A. C., Trim, R. S. et Norman, S. B. (2020). Bidirectional relationship of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptom severity and alcohol use over the course of integrated treatment. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 34(4), 506–511. <https://doi.org/10.1037/adb0000564>
- Tsai, A. C. (2018). Syndemics: A theory in search of data or data in search of a theory? *Social Science & Medicine*, 206, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.040>
- Tsai, A. C. et Burns, B. F. O. (2015). Syndemics of psychosocial problems and HIV risk: A systematic review of empirical tests of the disease interaction concept. *Social Science & Medicine*, 139, 26-35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.024>
- Tsai, A. C., Mendenhall, E., Trostle, J. A., Ichiro, K. et Kawachi, I. (2017). Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *Lancet*, 389(10072), 978-982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8)
- Tsuyuki, K., Pitpitan, E. V., Levi-Minzi, M. A., Urada, L. A., Kurtz, S. P., Stockman, J. K. et Surratt, H. L. (2017). Substance Use Disorders, Violence, Mental Health, and HIV: Differentiating a Syndemic Factor by Gender and Sexuality. *AIDS and behavior*, 21(8), 2270–2282. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1841-3>
- Turpin, R. E., Dyer, T. V., Dangerfield 2nd, D. T., Liu, H. et Mayer, K. H. (2020). Syndemic latent transition analysis in the HPTN 061 cohort: Prospective interactions between trauma, mental health, social support, and substance use. *Drug & Alcohol Dependence*, 214, 108106. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108106>
- Udo, C., Svenningsson, I., Björkelund, C., Hange, D., Jerlock, M. et Petersson, E. (2019). An interview study of the care manager function—opening the door to continuity of care for patients with depression in primary care. *Nursing Open*, 6, 974–82. <https://doi.org/10.1002/nop2.277>
- Urada, D., Teruya, C., Gelberg, L. et Rawson, R. (2014). Integration of substance use disorder services with primary care: health center surveys and qualitative interviews. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-15>
- Urbanoski, K. A., Inglis, D. et Veldhuizen, S. (2017). Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 62(8), 551-559. <https://doi.org/10.1177/0706743717714467>

- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. et Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of family medicine*, 7(4), 357–363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. et Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(22). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. et Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- van den Akker, M., Buntinx, F. et Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*, 2(2), 65–70. <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>
- Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R. et Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14, 117-123. <https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019>
- Vasiliadis, H.-M., Lamoureux-Lamarche, C., Rochette, L., Levesque, P., Pelletier, É. et Lesage, A. (2018). Consultations médicales et types de services de santé utilisés dans les deux années précédant le suicide auprès des Québécois diagnostiqués avec et sans troubles mentaux et troubles avec utilisation de substances. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 153-173. <https://doi.org/10.7202/1058614ar>
- Venegas Hargous, C., Strugnell, C., Allender, S., Orellana, L., Corvalan, C. et Bell, C. (2023). Double- and triple-duty actions in childhood for addressing the global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: A scoping review. *Obesity Reviews*, 24(4), 1–18. <https://doi.org/10.1111/obr.13555>
- Vereeken, S., Peckham, E. et Gilbody, S. (2023). Can we better understand severe mental illness through the lens of Syndemics? *Frontiers In Psychiatry*, 13, 1092964. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1092964>
- Vereeken, S., Bedendo, A., Gilbody, S. et Hewit, C. E. (2024). Drowning in the ripple effect: identifying a syndemic network of health experience (with modifiable health behaviours) using the UK Biobank. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02726-x>
- Volkow, N. D. et Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(2), 203-229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V. et Lépine, J.-P. (2015). Anxiety and Substance Use Disorders: Co-occurrence and Clinical Issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0544-y>

- Wade, D. T. et Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74, 511-44. <https://doi.org/10.2307/3350391>
- Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective clinical practice: ECP*, 1(1), 2-4.
- Wakeman, S. E., Rigotti, N. A., Chang, Y., Herman, G. E., Erwin, A., Regan, S. et Metlay, J. P. (2019). Effect of Integrating Substance Use Disorder Treatment into Primary Care on Inpatient and Emergency Department Utilization. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 871-877. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4807-x>
- Wand, T., Collett, G., Cutten, A., Buchanan-Hagen, S., Stack, A. et White, K. (2020). Patient and clinician experiences with an emergency department-based mental health liaison nurse service in a metropolitan setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 1202-1217. <https://doi.org/10.1111/inm.12760>
- Wand, T., Collett, G., Cutten, A., Stack, A., Dinh, M., Bein, K., Green, T., Berendsen Russell, S., Edwards, J. et White, K. (2021a). Evaluating an emergency department-based mental health liaison nurse service: A multi-site translational research project. *Emergency Medicine Australasia*, 33, 74-81. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13583>
- Wand, T., Collett, G., Cutten, A., Buchanan-Hagen, S., Stack, A. et White, K. (2021b). Patient and staff experience with a new model of emergency department based mental health nursing care implemented in two rural settings. *International Emergency Nursing*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101013>
- Wang, L., Homayra, 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 Philippe. (2016). *Non-Recours Aux Politiques Sociales (Le) Ebook Pdf*. PUG.
- Weaver, K. F. (2018). *An introduction to statistical analysis in research: with applications in the biological and life sciences*. John Wiley & Sons, Inc.
- Weaver, N., Coffrey, M. et Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 24, 431-450. <https://doi.org/10.1111/jpm.12387>
- Weaver, L. J. et Kaiser, B. N. (2022). Syndemics theory must take local context seriously: An example of measures for poverty, mental health, and food insecurity. *Social Science & Medicine*, 295, 113304.

- Weaver, L. J. et Mendenhall, E. (2014). Applying Syndemics and Chronicity: Interpretations from Studies of Poverty, Depression, and Diabetes. *Medical Anthropology*, 33(2), 92-108. <https://doi.org/10.1080/01459740.2013.808637>
- White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices*. Northeast Addiction Technology Transfer Center and the Great Lakes Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.
- White, C. J. (2020). An inevitable response? A lived experienced perspective on emergency responses to mental health crises. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 28(1), 90-93. <https://doi.org/10.1111/jpm.12631>
- Willen, S. S., Knipper, M., Abadía-Barrero, C. E. et Davidovitch, N. (2017). Syndemic vulnerability and the right to health. *Lancet*, 389(10072), 964-977. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30261-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30261-1)
- Williams, S. et Radnor, Z. (2018). An integrative approach to improving patient care pathways. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(7), 810–821. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2017-0132>
- Willmann, T. J. (2020). Improving the treatment of patients with dual diagnosis in emergency departments. *Emergency Nurse*, 29(1), 28-33. <https://doi.org/10.7748/en.2020.e2055>
- 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>.
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>
- World Health Organization. (2023). *Primary Care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>. Accessed 29 June 2023
- Wu, C. J., Ramis, M. A. et Skerman, H. (2019). Integrated approaches for comorbidity. *Nursing & Health Sciences*, 21(4), 413-415. <https://doi.org/10.1111/nhs.12666>
- Xi, W., Banerjee, S., Penfold, R. B., Simon, G. E., Alexopoulos, G. S. et Pathak, J. (2020). Healthcare utilization among patients with psychiatric hospitalization admitted through the emergency department (ED): A claims-based study. *General hospital psychiatry*, 67, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.10.001>
- Yellin, H., Beckwith, C., Kurth, A., Liu, T., Castonguay, B., Patrick, R., Trezza, C., Bazerman, L. et Kuo, I. (2018). Syndemic effect of mental illness and substance use on viral suppression among recently incarcerated, HIV-infected individuals in the CARE+ Corrections study. *AIDS Care*, 30(10), 1252-1256. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1455961>

- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (6<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Youssef, A., Chaudhary, Z. K., Wiljer, D., Mylopoulos, M. et Sockalingam, S. (2019). Mapping Evidence of Patients' Experiences in Integrated Care: A Scoping Review. *General Hospital Psychiatry*, 61, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.08.004>
- 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>
- Zhang, Y. et Coid, J. (2024). Childhood Adversity Determines the Syndemic Effects of Violence, Substance Misuse, and Sexual Behavior on Psychotic Spectrum Disorder Among Men. *Schizophrenia Bulletin*, 50(3), 684–694. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad165>
- 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>

# Annexe A – Approbation de l'étude (CER-2016-027)



## BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE

1991, boul. du Carmel, bureau U2-212  
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9  
Téléphone : 819-697-3333 poste 64399  
Télécopieur : 819-378-9543  
Courriel : 04chtr\_recherche@ssss.gouv.qc.ca

## Compte-rendu de décision du CÉR multiclientèle

|                    |  |
|--------------------|--|
| Titre du projet :  | Optimisation de la trajectoire de services et des processus cliniques offerts aux personnes qui présentent une double problématique de santé mentale et de toxicomanie : vers une gestion performante pour améliorer les soins et services offerts à cette clientèle |
| Numéro du projet : | CÉR-2016-027   |
| Chercheur :        | Madame Liette St-Pierre  |

| Document(s) étudié(s) :  | Date de version |
|--|-----------------|
| Courriel de madame Liette St-Pierre, nous présentant les modifications aux documents                           | 2016-12-13      |
| Formulaire de dépôt d'un nouveau projet de recherche au CIUSSSMCQ (agissant à titre de protocole de recherche) | 2016-10-15      |

| Décision du comité          |  |
|-----------------------------|--|
| Date d'étude par le CÉR :   | 2016-12-15 <input type="checkbox"/> Comité plénier <input type="checkbox"/> Comité restreint <input checked="" type="checkbox"/> Président seulement |
| Décision du CÉR :           | Demande approuvée  |
| Numéro de certificat émis : | CÉR-2016-027-00 <input type="checkbox"/> N/A   |

| Commentaires du comité  |
|---|
| <p>Les réponses obtenues et les modifications apportées au présent projet de recherche répondent aux attentes de notre comité. C'est donc avec plaisir que le Comité d'éthique de la recherche multiclientèle vous délivre un certificat d'approbation pour la présente demande. L'étude pourra débuter au sein de notre établissement qu'après réception de la lettre d'autorisation à réaliser une recherche signée par la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation.</p> <p>En terminant, nous vous demandons de bien vouloir indiquer le numéro attribué à votre projet pour toute correspondance adressée à notre comité.</p> <p>Veillez agréer mes salutations distinguées.</p> |

| Instructions au chercheur  |
|--|
| <p><b>Responsabilités du chercheur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les versions des documents à utiliser dans le cadre de l'étude doivent être celles mentionnées sur le certificat d'approbation d'un projet de recherche;</li> <li>• Le formulaire d'information et de consentement signé par le sujet doit inclure le sceau du CÉR du CIUSSS MCQ;</li> <li>• L'acceptation de ce protocole est effective pour une durée d'un an, soit jusqu'à la date d'expiration indiquée sur le certificat. À ce moment, le chercheur doit soumettre une nouvelle demande pour la reconduction de l'étude en utilisant le formulaire de demande de renouvellement annuel d'un projet de recherche du CIUSSS MCQ;</li> </ul> |

- Le CÉR doit être informé de :
  - toute modification au projet de recherche ou aux documents s'y rapportant;
  - tout ajout de documents qui seront utilisés dans le cadre de l'étude;
  - tout événement grave ou inattendu survenu en cours d'étude;
  - toute décision significative prise par d'autres comités d'éthique;
  - la clôture ou la suspension de la recherche.
- Tel que stipulé dans la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*, le chercheur doit tenir un registre des participants à ce projet de recherche et veiller à ce que les informations qui y sont contenues soient régulièrement mises à jour. Le chercheur doit être en mesure de nous fournir la liste, sur demande, en tout temps.



Signature du président du CÉR

Bernard Deshaies

Nom du président du CÉR

2016-12-15

Date de signature

BD/jg

Trois-Rivières, le 16 janvier 2017

PAR COURRIEL

Madame Liette St-Pierre  
Professeure  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :** Optimisation de la trajectoire de services et des processus cliniques offerts aux personnes qui présentent une double problématique de santé mentale et de toxicomanie : vers une gestion performante pour améliorer les soins et services offerts à cette clientèle. Dossier # 466

---

Madame St-Pierre,

Nous avons le plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement et/ou sous ses auspices.

Les résultats obtenus permettront d'optimiser la trajectoire de soins et de services pour la clientèle ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance. Une standardisation et une harmonisation des pratiques cliniques sont aussi souhaitées grâce au travail en équipe qui sera fait avec les professionnels qui participeront au projet de recherche. Le déroulement de la recherche sera aussi documenté afin de tenter de cerner les facteurs facilitants les changements dans les équipes de travail.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du comité d'éthique de la recherche (CER) évaluateur, datée du 15 décembre 2016, qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif. Si ce CER vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur.

Cette autorisation suppose également que vous respecterez les modalités énoncées ci-après.

Si un suivi s'avère nécessaire lors de l'utilisation de ces documents dans notre établissement, vous voudrez bien vous adresser au CER de l'établissement à l'adresse suivante : [04chrtr\\_recherche@ssss.gouv.qc.ca](mailto:04chrtr_recherche@ssss.gouv.qc.ca).

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- 1) à vous conformer aux demandes du CER évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
- 2) à rendre compte au CER évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- 3) à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER évaluateur;
- 4) à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- 5) à respecter les modalités arrêtées par notre établissement au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche, à savoir :
  - la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande
- 6) à respecter la grille tarifaire.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Nous vous invitons à communiquer avec madame Claudia Tremblay au 819 379-7732, poste 12333 pendant le déroulement de cette recherche, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER en vous adressant à l'adresse courriel mentionnée précédemment pour obtenir les conseils et le soutien voulus.

Nous vous demandons également de contacter madame Tremblay afin d'établir avec elle un plan de transfert de connaissances, et ce, dès le début de votre recherche.

Veillez recevoir, Madame St-Pierre, l'assurance de nos sentiments distingués.



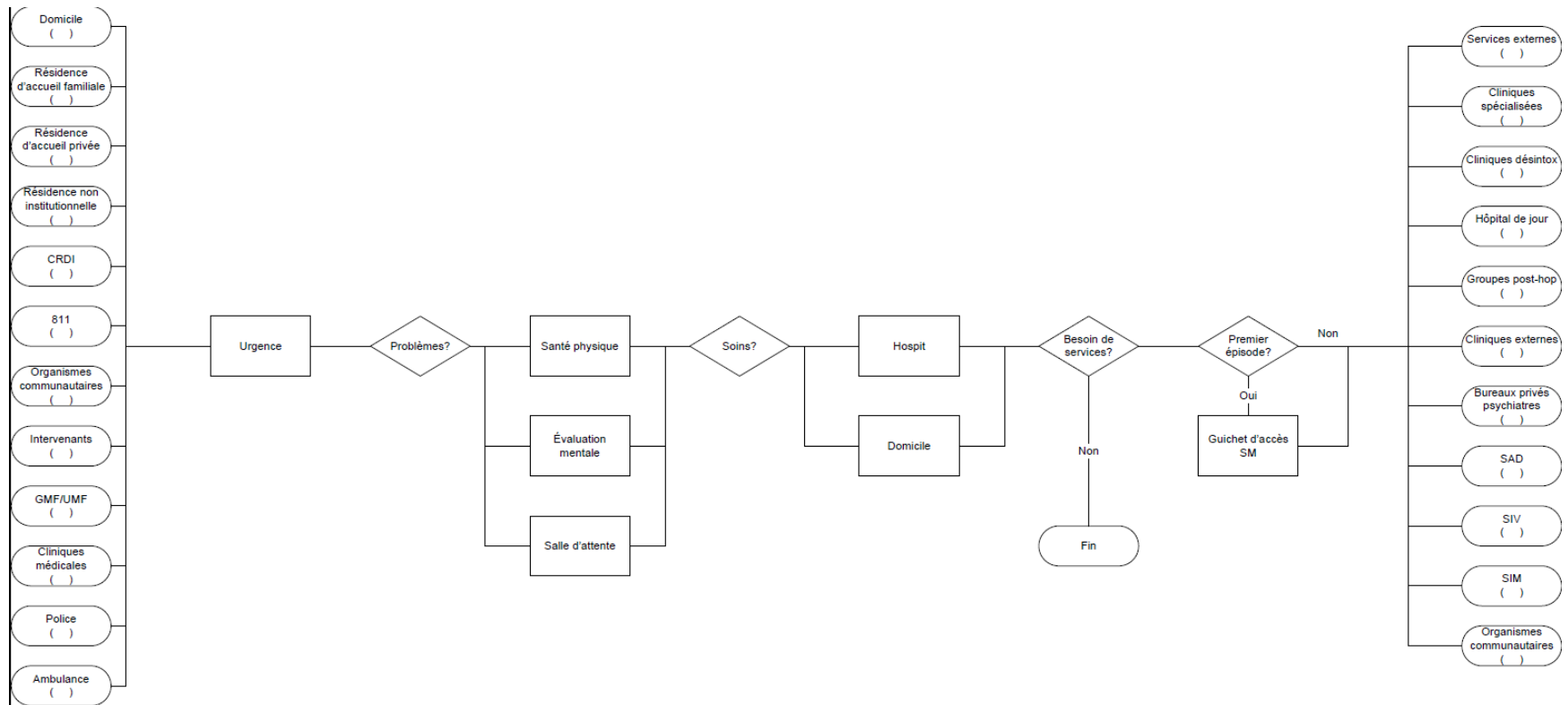
Gilles Hudon, M.Sc., M.A.P.

Directeur administratif par intérim de l'enseignement universitaire, la recherche et l'innovation

c. c. : Christine Laliberté, directrice du programme en santé mentale/dépendance  
Julie Barabé, adjointe à la directrice du programme santé mentale/dépendance  
Karoline Girard, conseillère clinique à l'éthique, direction de la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique  
Claudia Tremblay, chef de service de la recherche psychosociale et de l'UÉTMI, direction de l'enseignement universitaire, recherche et innovation



# Annexe C – Trajectoire de soins à l'urgence élaborée pour le projet de recherche



# Annexe D – Formulaire de référence en santé mentale adulte

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec

Québec

RÉFÉRENCE SANTÉ MENTALE ADULTE

\*MR60338\*

Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
D.D.N. : \_\_\_\_\_  
                    AAAA                      MM                      JJ

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE<br><input type="checkbox"/> SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE DEUXIÈME LIGNE<br><input type="checkbox"/> PROGRAMME PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE<br><input type="checkbox"/> SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX   |  |  |
| <b>COORDONNÉES DU RÉFÉRENT</b>   |  |  |
| Nom : _____  |  |  |
| Organisme : _____  |  | Téléphone : _____  |
| Nom du médecin de famille : _____  |  | Code postal : _____  |
| Adresse du médecin de famille : _____  |  |  |
| Nom du psychiatre traitant : _____   |  | Date : _____   |
| Signature du référent : _____  |  | AAAA-MM-JJ   |
| <b>Membre de l'entourage pouvant accompagner l'utilisateur au rendez-vous</b>  |  |  |
| Nom : _____ Tél. : _____ Cell. : _____   |  |  |
| <b>SYMPTÔMES</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Humeur dépressive<br><input type="checkbox"/> Humeur expansive/manie/hypomanie<br><input type="checkbox"/> Psychose<br><input type="checkbox"/> Délire<br><input type="checkbox"/> Paranoïa<br><input type="checkbox"/> Hallucinations<br><input type="checkbox"/> Désorganisation de la pensée<br><input type="checkbox"/> Confusion<br><input type="checkbox"/> Démence<br><input type="checkbox"/> Comportement désorganisé<br><input type="checkbox"/> Mémoire/concentration<br><input type="checkbox"/> Déficit de l'attention/hyperactivité<br><input type="checkbox"/> Symptômes somatiques aigus<br><input type="checkbox"/> Comportements compulsifs | <input type="checkbox"/> Phobie<br><input type="checkbox"/> Anxiété<br><input type="checkbox"/> Angoisse sociale<br><input type="checkbox"/> Symptômes ou crise panique<br><input type="checkbox"/> Pensées obsédantes/intrusives<br><input type="checkbox"/> Flash-backs/symptômes de stress post-trauma<br><input type="checkbox"/> Troubles du comportement alimentaire<br><input type="checkbox"/> Évitement<br><input type="checkbox"/> Troubles du sommeil<br><input type="checkbox"/> Troubles/traits de la personnalité<br><input type="checkbox"/> Automutilation<br><input type="checkbox"/> Dépendance<br><input type="checkbox"/> Perte d'autonomie<br><input type="checkbox"/> Autres : _____ | <b>Facteurs de stress psychosociaux</b><br><input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux/rupture amoureuse<br><input type="checkbox"/> Problèmes familiaux<br><input type="checkbox"/> Perte d'emploi<br><input type="checkbox"/> Arrêt de travail depuis : _____<br><input type="checkbox"/> Études compromises<br><input type="checkbox"/> Maladie physique<br><input type="checkbox"/> Problèmes financiers<br><input type="checkbox"/> Deuil<br><input type="checkbox"/> Victime de violence<br><input type="checkbox"/> Grossesse<br><input type="checkbox"/> Agression sexuelle<br><input type="checkbox"/> Isolement social<br><input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <b>IMPRESSIONS CLINIQUES</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dépendance : _____<br>Produits : _____<br>Fréquence : _____<br>Quantité : _____<br><input type="checkbox"/> Judiciarisation <input type="checkbox"/> Tribunal administratif Québec<br><input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement / Hébergement<br><input type="checkbox"/> Non-observance de la prescription<br><input type="checkbox"/> Diagnostic (si connu) : _____<br><input type="checkbox"/> Impression diagnostique : _____   |  |  |
| <b>Dangerosité</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires<br><input type="checkbox"/> Pense à mourir<br>Moyen : _____<br>Endroit : _____<br>Moment : _____<br><input type="checkbox"/> Prévu dans moins de 48 heures<br><input type="checkbox"/> Préparatifs<br><input type="checkbox"/> Autre : _____  |  | <input type="checkbox"/> Espoir que la situation change<br><input type="checkbox"/> Tentatives suicidaires antérieures<br><input type="checkbox"/> Impulsivité<br><input type="checkbox"/> Irritabilité/réactivité<br><input type="checkbox"/> Risque de passage à l'acte violent<br><input type="checkbox"/> Idée d'homicide<br><input type="checkbox"/> Antécédent de violence   |



Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 D.D.N. : \_\_\_\_\_  
 AAAA - MM - JJ

| COORDONNÉES POUR RÉFÉRER L'USAGER AUX SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX   |  |
|---|--|
| Villes/secteurs   | Coordonnées  |
| <input type="checkbox"/> Bécancour - Nicolet - Yamaska  | Téléphone : 819 233-7532<br>Télécopieur : 819 693-3637<br>Courriel : accueilpsychosocial_csnicolet@ssss.gouv.qc.ca   |
| <input type="checkbox"/> Drummondville  | Télécopieur : 819 474-8427   |
| <input type="checkbox"/> Haut-Saint-Maurice   | Téléphone : 819 523-4581 #2661<br>Télécopieur : 819 523-4115   |
| <input type="checkbox"/> Maskinongé   | Téléphone : 819 228-2731<br>Télécopieur : 819 228-1625   |
| <input type="checkbox"/> Vallée-de-la-Batiscan  | Télécopieur : 1 855-720-4962   |
| <input type="checkbox"/> Shawinigan   | Télécopieur : 819 539-8853   |
| <input type="checkbox"/> Trois-Rivières   | Télécopieur : 819 373-7726   |
| <input type="checkbox"/> Victoriaville  | Télécopieur : 819 758-5009   |
| COORDONNÉES POUR RÉFÉRER L'USAGER À L'UN OU L'AUTRE DES SERVICES SUIVANTS :   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE</li> <li>• SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE DEUXIÈME LIGNE</li> <li>• PROGRAMME PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE</li> </ul> |  |
| <input type="checkbox"/> Arthabaska-Érable<br>Téléphone : 819 758-7281 # 2115 ou 3251<br>Courriel : guichet_sm_adulte_csssaes@ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 819 758-6735                             | <input type="checkbox"/> Haut-Saint-Maurice<br>Téléphone : 819 523-4581 # 2700<br>Courriel : gasma.hsm.ciusssmq.ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 819 523-4115  |
| <input type="checkbox"/> Bécancour-Nicolet-Yamaska<br>Téléphone : 819 293-2071 # 52308<br>Courriel : gasma.bny.ciusssmq@ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 819 693-3642                                   | <input type="checkbox"/> Maskinongé<br>Téléphone : 819 228-2731 # 2107<br>Courriel : gasma.maski.ciusssmq@ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 819 228-1625  |
| <input type="checkbox"/> Drummondville<br>Téléphone : 819 474-2572 # 33277<br>Courriel : guichet_acces_sante_mentale_adulte@ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 819 474-8427                               | <input type="checkbox"/> Trois-Rivières<br>Téléphone : 819 370-2200 #43264<br>Courriel : gasma.tr.ciusssmq@ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 819 370-2040   |
| <input type="checkbox"/> Énergie<br>Téléphone : 819 536-7575 # 4621<br>Courriel : gasma.energie.ciusssmq@ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 819 536-7568  | <input type="checkbox"/> Saint-Tite Téléphone : 418 365-7556 # 5666 (social)<br><input type="checkbox"/> Sainte-Geneviève Téléphone : 418 362- 2728 # 5668 (santé)<br>Courriel : gasma.vb.ciusssmq@ssss.gouv.qc.ca<br>Télécopieur : 1 855-720-4962 |



Nom :

Prénom :

N° dossier :

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>IDÉES SUICIDAIRES, TENTATIVES DE SUICIDE, PLAN SUICIDAIRE</b>   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Dans la dernière année <input type="checkbox"/> Dans les 8 dernières semaines <input type="checkbox"/> Dans la situation actuelle   |                                   |
| Cochez le résultat du <i>Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire MCQ 00205_FOR-14-206</i> et mettre en annexe  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Orange <input type="checkbox"/> Rouge  |                                   |
| Filet de sécurité mis en place :   |                                   |
|  |                                   |
|  |                                   |
| <b>DIAGNOSTIC(S) connu(s) :</b>  |                                   |
|  |                                   |
|  |                                   |
| <b>MÉDICATION actuelle (et dosages)</b>  |                                   |
| Posologie respectée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :   |                                   |
| Posologie respectée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :   |                                   |
| Posologie respectée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :   |                                   |
| Posologie respectée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :   |                                   |
| <b>ENFANTS, BIOLOGIQUES OU NON, AVEC QUI L'USAGER A DES CONTACTS</b>   |                                   |
| Âge : _____ Contacts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | <input type="checkbox"/> Enceinte |
| Âge : _____ Contacts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |                                   |
| Âge : _____ Contacts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |                                   |
| Habite avec : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Colocation <input type="checkbox"/> Itinérance ou à risque   |                                   |
| Je joins en annexe : <input type="checkbox"/> Déba alcool <input type="checkbox"/> Déba drogue <input type="checkbox"/> Déba jeu <input type="checkbox"/> Déba internet  |                                   |
| <b>AUTORISATION de communiquer des renseignements confidentiels</b>  |                                   |
| Je, soussigné(e) _____ DDN : _____   |                                   |
| Nom, prénom ou représentant autorisé <span style="float: right;">AAAA-MM-JJ</span>   |                                   |
| consent à ce que les informations contenues dans ce formulaire soient communiquées à l'intervenant de l'accueil en dépendance, dans le cadre de la présente demande de services. Ce consentement sera valide 7 jours suivant la signature du formulaire. |                                   |
| Révocation de l'autorisation à l'échange de renseignements personnels.   |                                   |
| Je, soussigné(e) _____ DDN : _____   |                                   |
| Nom, prénom ou représentant autorisé <span style="float: right;">AAAA-MM-JJ</span>   |                                   |
| révoque par la présente, mon consentement à ce que les renseignements contenus dans ce formulaire soient transmis à l'intervenant de l'accueil en dépendance.  |                                   |
| Coordonnées de l'utilisateur :   |                                   |
| Téléphone : _____  |                                   |
| Adresse : _____  |                                   |
| Signature de l'utilisateur : _____   | Date : _____                      |
| Signature du référent : _____  | Date : _____                      |