



# Pratiques exemplaires de réduction des méfaits dans les ressources résidentielles en santé mentale

Rapport d'ETMI abrégée

Unité d'évaluation des technologies et des modes  
d'intervention en santé mentale (UETMISS-SM)

Direction de l'enseignement, de la recherche et  
de l'innovation (DERI)

CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal

Le 30 août 2024



## Ce document est accessible en ligne à l'adresse Internet suivante :

<https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/recherche-et-enseignement/iusmm/recherche-enseignement-et-evaluation-liusmm/uetmi-sm>

## Document préparé par :

Mélanie Pearson, agente de planification, de programmation et de recherche

Jean Damasse, agent de planification, de programmation et de recherche

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1N 3M5

## Collaboration :

Marie Désilets, bibliothécaire (IUSMM, CIUSSS-EMTL)

## Révision interne

Thomas Poder, directeur scientifique (UETMISM, CIUSSS-EMTL)

## Révision externe

Julie Cummings, professionnelle scientifique (UETMISSS), DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Pour citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (UETMISM-IUSMM). Pratiques exemplaires de réduction des méfaits dans les ressources résidentielles en santé mentale. Rapport d'ETMI abrégée préparé par Mélanie Pearson et Jean Damasse.

Août 2024. 71 p.

## Conflit d'intérêts :

Aucun rapporté.

Dépôt légal -Bibliothèque Nationale du Québec, 2024

ISBN : 978-2-550-98560-0 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-98561-7 (PDF)

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Montréal QC H1N 3M5

Téléphone : 514251-4000

[www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca)

Tous droits réservés

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2024



# Table des matières

<b>Messages clés</b> .....	<b>7</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>8</b>
<b>Summary</b> .....	<b>12</b>
<b>Sigles et abréviations</b> .....	<b>16</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>17</b>
<b>1. Mise en contexte</b> .....	<b>23</b>
1.1 Troubles concomitants de santé mentale et de dépendance à l'alcool et aux drogues .....	23
1.2 Ressources d'établissement externes de l'IUSMM .....	24
1.3 Réduction des méfaits en milieux de vie substitut en santé mentale dans un contexte de légalisation de la consommation du cannabis .....	26
<b>2. Objectif de l'évaluation</b> .....	<b>28</b>
<b>3. Question décisionnelle/Question d'évaluation</b> .....	<b>28</b>
<b>4. Méthodologie</b> .....	<b>28</b>
4.1 Stratégie de recherche documentaire.....	28
4.2 Sélection des articles .....	29
4.3 Évaluation de la qualité des publications.....	29
4.4 Extraction des données des publications retenues .....	30
4.5 Validation scientifique .....	30
4.6 Analyse et synthèse des données.....	30
4.7 Appréciation de la preuve.....	30
<b>5. Résultats</b> .....	<b>31</b>
5.1 Publications retenues pour l'analyse.....	31
5.1.1 Interventions psychosociales pour les populations avec un trouble concomitant (santé mentale, dépendance à l'alcool ou aux drogues).....	32
5.1.1.1 Revues de la littérature .....	32
5.1.1.2 Étude primaire.....	36
5.1.2 Programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) (Managed Alcohol Programs ou MAP).....	36

5.1.2.1 Revues de la littérature.....	37
5.1.2.2 Cadre de référence .....	39
<b>6. Discussion.....</b>	<b>42</b>
<b>7. Limites de l'évaluation.....</b>	<b>45</b>
<b>8. Conclusion.....</b>	<b>46</b>
<b>9. Références .....</b>	<b>48</b>

## Annexes

<b>ANNEXE A: Critères de sélection de la littérature (PICOTS).....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE B: Plan des concepts.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE C: Stratégie de recherche documentaire.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXE D: Grille d'extraction .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE E: Recherche documentaire - Démarche titres et résumés.....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXE F: Études exclues de l'analyse et motifs d'exclusion .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE G: Résultats: Tableaux synthèses.....</b>	<b>68</b>

## Tableaux et figures

<b>Figure 1: Diagramme de flux - Sélection des articles.....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau 1: Types de ressources d'établissement externes (milieux de vie substitut en santé mentale).....</b>	<b>25</b>
<b>Tableau 2: Qualité méthodologique des publications selon le type de devis et de programme/intervention de réduction des méfaits.....</b>	<b>44</b>

## Messages clés

- ▶ Cette évaluation vise à examiner les effets engendrés par des pratiques exemplaires de réduction des méfaits sur la réadaptation psychosociale de personnes hébergées dans des milieux de vie substituts en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues.
- ▶ Des interventions psychosociales, psychoéducatives, des traitements résidentiels, ainsi que des programmes de gestion de la consommation d'alcool ont été identifiés dans la littérature analysée dans ce rapport comme étant des pratiques basées sur l'approche de réduction des méfaits pour ces personnes.
- ▶ Dans l'ensemble, les résultats des publications analysées indiquent que les pratiques de réduction des méfaits peuvent s'avérer bénéfiques pour la réadaptation psychosociale de ces personnes. Cependant certaines interventions recensées démontrent une efficacité dont l'ampleur varie de quasi nulle à modérée, selon les études analysées.
- ▶ En ce qui a trait plus précisément aux programmes de gestion de la consommation d'alcool, ceux-ci s'avèrent d'une efficacité modérée sur la réduction de la consommation d'alcool et des méfaits qui y sont associés, ainsi que pour assurer une plus grande stabilité résidentielle aux participants à ces programmes. Toutefois, les études qui portent sur ces programmes, ainsi que sur les problèmes de santé mentale des participants sont peu nombreuses, ce qui limite d'autant la portée des résultats pour la population vivant avec un trouble concomitant.

Note : Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

## Résumé

### Contexte

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL), par l'entremise de la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) assume la responsabilité de plusieurs ressources d'établissement externes hébergeant des personnes qui présentent un trouble grave de santé mentale. Ces personnes ont des habitudes de consommation de drogues et alcool, avec ou sans trouble de consommation associé, et ont besoin de soutien pour recouvrer l'autonomie nécessaire pour vivre en communauté. Ces ressources d'établissement comprennent : des ressources transitoires, des ressources en psychiatrie gériatrique, des appartements supervisés et des foyers de groupe. Le but de ces ressources d'établissement externes est d'offrir des services de réadaptation afin que ces personnes puissent acquérir l'autonomie suffisante pour intégrer un milieu de vie moins intensif et encadrant après le passage dans ces ressources.

Par exemple, avec la légalisation du cannabis au Canada depuis 2018, les modalités de consommation du cannabis ne sont pas nécessairement claires ni uniformisées pour ces ressources résidentielles où l'interdiction de consommation prévaut normalement en leur sein et sur leurs terrains, mais où celle-ci est souvent tolérée. Cette situation engendre une certaine confusion concernant l'application de la réglementation dans ces établissements et rend difficilement applicable l'approche de réduction des méfaits. Par ailleurs, la consommation peut s'étendre au niveau de substances psychoactives.

Face à cette situation, les personnes responsables des ressources d'établissement externes de la DPSMDI ont mandaté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux et en santé mentale (UETMISS-SM) du CIUSSS-EMTL d'identifier des pratiques exemplaires de réduction des méfaits ainsi que leurs effets reconnus sur la réadaptation psychosociale de résidents de ressources d'hébergement externes en santé mentale.

### Objectif

Cette évaluation vise à examiner les effets engendrés par des pratiques exemplaires de réduction des méfaits (tolérance, offre de services adaptés, soutien et accompagnement) sur la réadaptation psychosociale de personnes hébergées dans des milieux de vie substituts en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues.

### Question d'évaluation

Quels sont les effets des pratiques exemplaires de réduction des méfaits sur la réadaptation psychosociale de personnes hébergées dans des milieux de vie substituts en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues ?



## Méthodologie

Ce rapport d'ETMI abrégée s'appuie sur la méthodologie des revues systématiques de la littérature. Une recherche documentaire des publications datant des années 1993 à 2023 a été effectuée dans les banques de données bibliographiques indexées PubMed, PsycInfo, EMBASE et CINHALL à partir d'une série de mots clés et de leur combinaison. Les sites d'agences en évaluation des technologies et des modes d'intervention, des sites gouvernementaux et ceux de sociétés savantes ou d'organisations reconnues ont aussi été consultés à l'aide des divers moteurs de recherche. Les bibliographies des articles retenus ont également été parcourues. Une évaluation de la qualité méthodologique des publications incluses dans ce rapport d'évaluation a été réalisée.

## Résultats

Au total, sept publications ont été sélectionnées. Leur qualité méthodologique varie entre bonne (\*\*\*), moyenne (\*\*) et faible (\*). Les principaux résultats au sujet des effets des pratiques de réduction des méfaits sur la réadaptation psychosociale de personnes hébergées dans des milieux de vie substitués en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues sont les suivants :

### Pas ou peu d'effet sur la consommation d'alcool ou de drogues

- ▶ Modèles de soins intégrés versus soins standard (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Thérapie cognitivocomportementale (TCC, intervention individuelle) versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Entretien motivationnel (EM, intervention individuelle ou en groupe) versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Combinaison TCC et EM versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Entraînement aux habiletés sociales (EHS, intervention en groupe) versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Programme de gestion de la consommation d'alcool (Ezard et collab., 2015 dans BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\*

### Pas ou peu d'effet sur le fonctionnement global

- ▶ Modèles de soins intégrés versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Thérapie cognitivocomportementale (TCC, intervention individuelle) versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Entretien motivationnel (EM, intervention individuelle ou en groupe) versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*

- ▶ Combinaison TCC et EM versus soins standard (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Entraînement aux habiletés sociales (EHS, intervention de groupe) versus soins usuels (Hunt et collab., 2019) \*\*\*
- ▶ Programme de gestion de la consommation d'alcool (Ezard et collab., 2015 dans BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\*

### **Augmentation du soutien social et réduction des problèmes sociaux/meilleure intégration sociale**

- ▶ Programme de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) (Smith-Bernardin et collab., 2022; Ezard et collab., 2015 dans BCCSU-CISUR, 2023); Stockwell et collab., 2018 et 2021 dans BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\* (Mattison et collab., 2019) \*\*
- ▶ Traitement résidentiel des personnes avec un trouble concomitant (Reif et collab., 2014) \*\*

### **Réduction des symptômes mentaux et amélioration du bien-être**

- ▶ Programme de gestion de la consommation d'alcool (Smith-Bernardin et collab., 2022) \*\*\*
- ▶ Traitement résidentiel des personnes avec un trouble concomitant (Reif et collab., 2014) \*\*
- ▶ Approche psychoéducatrice pour des personnes avec un trouble concomitant (Chilton et collab., 2018) \*

### **Augmentation de la rétention dans les services offerts et dans le traitement**

- ▶ Programme de gestion de la consommation d'alcool (Stockwell et collab., 2018 et 2021 dans BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\*
- ▶ Thérapies de groupe selon l'approche motivationnelle (Mueser et collab., 2005) \*

### **Diminution de l'abus de substances/trouble de consommation**

- ▶ Programmes de gestion de la consommation d'alcool (Smith-Bernardin et collab., 2022; Stockwell et collab., 2018 et 2021 dans BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\* (Mattison et collab., 2019) \*\*
- ▶ Traitement résidentiel des personnes avec un trouble concomitant (Reif et collab., 2014) \*\*
- ▶ Thérapies de groupe avec l'approche motivationnelle (Mueser et collab., 2005) \*
- ▶ Interventions procédurales (gestion de la contingence, gestion financière) (Mueser et collab., 2005) \*
- ▶ Approche psychoéducatrice pour des personnes vivant avec un trouble concomitant (Chilton et collab., 2018) \*

## Réintégration sur le marché du travail/taux d'emploi

- ▶ Traitement résidentiel des personnes avec un trouble concomitant (Reif et collab., 2014) \*
- ▶ Interventions à vocation de réadaptation (Mueser et collab., 2005) \*

## Amélioration de la motivation à ne pas rechuter

- ▶ Thérapies de groupe selon l'approche motivationnelle (Mueser et collab., 2005) \*

À noter que bien qu'Ezard et collab. (2015) n'ont pas observé d'effet sur la consommation et sur le fonctionnement global, la majorité des auteurs des sept études d'observation sur les programmes de gestion de l'alcool (PGCA) qui sont incluses dans le cadre de référence de BCCSU-CISUR (2023) concluent que les PGCA sont efficaces, car ils permettraient à leurs participants :

- ▶ de réduire leur consommation d'alcool et d'alcool impropre à la consommation;
- ▶ de leur faciliter l'accès aux services de santé de base;
- ▶ de se loger dans une résidence sécuritaire et stable où ils peuvent développer des liens sociaux;
- ▶ d'améliorer leur état de santé mentale et physique, et
- ▶ de réduire les méfaits en conséquence.

## Conclusion

Les pratiques exemplaires de réduction des méfaits dans les ressources d'hébergement externes en santé mentale sont peu documentées. Deux types d'interventions ont été identifiées comme pratiques exemplaires de réduction des méfaits pour la population ciblée.

D'une part, des interventions psychosociales de divers types ont été identifiées. L'ampleur de leur efficacité varie de quasi nulle à modérée lorsqu'elles sont utilisées auprès de personnes présentant un trouble concomitant (santé mentale, dépendance à l'alcool et aux drogues).

D'autre part, il existe des programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) qui sont implantés dans des ressources d'hébergements externes (permanentes ou temporaires). Encore ici, leur efficacité est variable. Néanmoins, on observe une diminution de la consommation d'alcool et de drogues, une réduction des méfaits qui y est associée, et une plus grande stabilité résidentielle des participants aux PGCA.

Fait à noter, la consommation de drogues ou d'alcool à l'intérieur ou en dehors des murs des ressources d'hébergement externes (temporaires ou permanentes) et l'impact de cette consommation sur le voisinage immédiat demeurent peu documentés. Pourtant, la légalisation du cannabis au Canada depuis 2018 incite à adapter en conséquence les normes de ce type d'établissements et les pratiques d'intervention de leur personnel. Il s'agit là d'un sujet de recherche qui demande à être exploré.

## Summary

### Context

The CIUSSS of the East Island of Montreal (CIUSSS-EMTL), through the Directorate of Mental Health, Addiction, and Homelessness Programs (DPSMDI) at the Montreal University Institute of Mental Health (IUSMM), is responsible for several external housing resources for individuals with severe mental health disorders. These individuals have substance use habits involving drugs and alcohol, with or without associated substance use disorders, and need support to regain the autonomy required to live in the community. These external housing resources include transitional resources, geriatric psychiatry resources, supervised apartments, and group homes. The aim of these external resources is to provide rehabilitation services so that individuals can gain sufficient autonomy to transition to a less intensive and supervised living environment after their stay.

For example, with the legalization of cannabis in Canada since 2018, cannabis consumption regulations are not necessarily clear or standardized for these residential resources where consumption is generally prohibited but often tolerated. This situation leads to confusion regarding the application of regulations in these establishments and makes harm reduction approaches difficult to implement. Furthermore, substance use may extend to other psychoactive substances.

In response to this situation, those responsible for the external housing resources of the DPSMDI have tasked the Unit for the Evaluation of Technologies and Intervention Methods in Social Services and Mental Health (UETMISS-SM) of CIUSSS-EMTL with identifying best practices in harm reduction and their recognized effects on the psychosocial rehabilitation of residents in external mental health housing resources.

### Objective

This evaluation aims to examine the effects of best practices in harm reduction (tolerance, provision of adapted services, support, and accompaniment) on the psychosocial rehabilitation of individuals housed in substitute living environments in mental health who exhibit risky or problematic consumption of alcohol and drugs.

### Evaluation Question

What are the effects of best practices in harm reduction on the psychosocial rehabilitation of individuals housed in substitute living environments in mental health who exhibit risky or problematic consumption of alcohol and drugs?

## Methodology

This abbreviated ETMI report is based on systematic review methodology. A literature search covering publications from 1993 to 2023 was conducted in the bibliographic databases PubMed, PsycInfo, EMBASE, and CINHALL using a series of keywords and their combinations. Websites of technology and intervention evaluation agencies, government sites, and those of learned societies or recognized organizations were also consulted using various search engines. The bibliographies of selected articles were also reviewed. An assessment of the methodological quality of the publications included in this evaluation report was carried out.

## Results

A total of seven publications were selected. Their methodological quality varies from good (\*\*\*), moderate (\*\*), to poor (\*). The main findings regarding the effects of harm reduction practices on the psychosocial rehabilitation of individuals housed in substitute living environments in mental health who exhibit risky or problematic consumption of alcohol and drugs are as follows:

### Little or No Effect on Alcohol or Drug Consumption

- ▶ Integrated care models versus standard care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Cognitive-behavioral therapy (CBT, individual intervention) versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Motivational interviewing (MI, individual or group intervention) versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Combination of CBT and MI versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Social skills training (SST, group intervention) versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Alcohol consumption management program (Ezard et al., 2015 in BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\*

### Little or No Effect on Overall Functioning

- ▶ Integrated care models versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Cognitive-behavioral therapy (CBT, individual intervention) versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Motivational interviewing (MI, individual or group intervention) versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Combination of CBT and MI versus standard care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Social skills training (SST, group intervention) versus usual care (Hunt et al., 2019) \*\*\*
- ▶ Alcohol consumption management program (Ezard et al., 2015 in BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\*

### **Increased Social Support and Reduced Social Problems/Better Social Integration**

- ▶ Alcohol consumption management program (ACMP) (Smith-Bernardin et al., 2022; Ezard et al., 2015 in BCCSU-CISUR, 2023; Stockwell et al., 2018 and 2021 in BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\* (Mattison et al., 2019) \*\*
- ▶ Residential treatment for individuals with co-occurring disorders (Reif et al., 2014) \*\*

### **Reduction in Mental Symptoms and Improved Well-Being**

- ▶ Alcohol consumption management program (Smith-Bernardin et al., 2022) \*\*\*
- ▶ Residential treatment for individuals with co-occurring disorders (Reif et al., 2014) \*\*
- ▶ Psychoeducational approach for individuals with co-occurring disorders (Chilton et al., 2018) \*

### **Increased Retention in Services and Treatment**

- ▶ Alcohol consumption management program (Stockwell et al., 2018 and 2021 in BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\*
- ▶ Group therapies with a motivational approach (Mueser et al., 2005) \*

### **Reduction in Substance Abuse/Use Disorder**

- ▶ Alcohol consumption management programs (Smith-Bernardin et al., 2022; Stockwell et al., 2018 and 2021 in BCCSU-CISUR, 2023) \*\*\* (Mattison et al., 2019) \*\*
- ▶ Residential treatment for individuals with co-occurring disorders (Reif et al., 2014) \*\*
- ▶ Group therapies with a motivational approach (Mueser et al., 2005) \*
- ▶ Procedural interventions (contingency management, financial management) (Mueser et al., 2005) \*
- ▶ Psychoeducational approach for individuals with co-occurring disorders (Chilton et al., 2018) \*

### **Reintegration into the Labor Market/Employment Rate**

- ▶ Residential treatment for individuals with co-occurring disorders (Reif et al., 2014) \*
- ▶ Rehabilitation-oriented interventions (Mueser et al., 2005) \*

### **Improved Motivation to Avoid Relapse**

- ▶ Group therapies with a motivational approach (Mueser et al., 2005) \*

Notably, while Ezard et al. (2015) observed no effect on consumption or overall functioning, the majority of authors from the seven observational studies on alcohol management programs (ACMP) included in the BCCSU-CISUR (2023) framework conclude that ACMPs are effective because they allow participants to:

- ▶ Reduce their alcohol consumption and consumption of unsafe alcohol;
- ▶ Access basic health services more easily;
- ▶ Secure housing in a safe and stable residence where they can develop social connections;
- ▶ Improve their mental and physical health; and
- ▶ Reduce associated harm.

## Conclusion

Best practices in harm reduction in external mental health housing resources are poorly documented. Two types of interventions have been identified as best practices for harm reduction for the targeted population.

On one hand, various psychosocial interventions have been identified. Their effectiveness ranges from nearly none to moderate when used with individuals with co-occurring disorders (mental health, alcohol, and drug dependence).

On the other hand, alcohol consumption management programs (ACMP) have been implemented in external housing resources (permanent or temporary). Again, their effectiveness varies. Nevertheless, a reduction in alcohol and drug consumption, associated harm reduction, and greater residential stability among ACMP participants are observed.

It is worth noting that drug or alcohol consumption within or outside the external housing resources (temporary or permanent) and the impact of this consumption on the immediate neighborhood remain poorly documented. However, since the legalization of cannabis in Canada in 2018, there is a need to adapt the standards of such establishments and the intervention practices of their staff accordingly. This is a research topic that warrants further exploration.



## Sigles et abréviations

<b>AACODS</b>	Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance
<b>AMSTAR-2</b>	A measurement tool for assessment of multiple systematic reviews (version 2)
<b>CIUSSS-EMTL</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
<b>DPSMDI</b>	Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
<b>ECR</b>	Essai contrôlé randomisé
<b>EHS</b>	Entraînement aux habiletés sociales
<b>EM</b>	Entretien motivationnel
<b>ICROMS</b>	Integrated quality Criteria for the Review Of Multiple Study designs
<b>IUSMM</b>	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PGCA</b>	Programme de gestion de la consommation d'alcool (Managed Alcohol Program, MAP)
<b>PICOTS</b>	Population, intervention, comparateur, résultats (outcomes), temporalité, site
<b>PRISMA</b>	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
<b>PRISMA ScR</b>	PRISMA extension for Scoping Reviews
<b>RAPeer</b>	Rapid Peer Reviewer Checklist for Rapid Reviews
<b>SPA</b>	Substances psychoactives
<b>SI</b>	Soins intégrés
<b>TCC</b>	Thérapie cognitivocomportementale
<b>TGSM</b>	Trouble grave de santé mentale
<b>TLS</b>	Trouble lié aux substances
<b>TPL</b>	Trouble de la personnalité limite
<b>TUS</b>	Trouble de l'utilisation d'une substance
<b>UETMISS-SM</b>	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux et en santé mentale



## Glossaire

### Approche de réduction des méfaits

La réduction des méfaits (*harm reduction*) est une approche qui repose principalement sur la diminution des conséquences négatives liées à l'usage de drogue plutôt que l'élimination de la consommation en elle-même (Brisson, 2012). Par conséquent, son objectif n'est pas l'abstinence, mais d'aider la personne qui n'envisage pas l'arrêt à mieux gérer sa consommation et les effets négatifs au niveau de sa santé, de sa situation sociale et économique (AIDQ, 2019).

### Consommation à risque

« La consommation à risque signifie qu'elle dépasse les seuils recommandés par les autorités de santé publique ou qu'elle est à l'origine d'effets indésirables sur le fonctionnement d'une personne » (Butt et collab., 2011; Thomas, 2012 adapté par Djouini et collab., 2021, p. 4).

### Consommation problématique

« La consommation problématique réfère à la présence d'un diagnostic de trouble d'utilisation de substance (TUS) tel que décrit dans le DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013). Ceci inclut l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives (alcool, cannabis et drogues illicites et de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales) d'après le DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 2000), [ainsi que] le syndrome de dépendance et d'utilisation nocive d'après la 10e édition de la Classification internationale des maladies (OMS, 2008) » (adapté par Djouini et collab., 2021, p.4).

### Entraînement aux habiletés sociales (EHS)

Cette approche de groupe vise « à aider les clients à développer des compétences interpersonnelles pour établir et maintenir des relations avec les autres, gérer les conflits et les situations sociales liées à l'abus de substances (Mueser 2004; Mueser 2013). Ces compétences sont enseignées de manière très structurée à l'aide de jeux de rôle, d'un retour d'information correctif et de devoirs » (Hunt et collab., 2019, p.22, trad. libre).

### Entretien motivationnel (EM)

« L'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication clinique : centrée sur la personne, dirigée vers un objectif, pour résoudre l'ambivalence et promouvoir un changement positif, en élaborant et en renforçant la motivation personnelle au changement. Il prend place au sein d'une consultation de santé et nécessite un temps de 20 à 30 minutes. Il peut être combiné à d'autres stratégies de communication » (Haute autorité en santé, 2024)

## Essai contrôlé randomisé (ECR)

« Un essai contrôlé randomisé est un devis utilisé pour une étude expérimentale dans laquelle les chercheurs répartissent de manière aléatoire les participants en deux ou plusieurs groupes qui recevront ou non l'intervention étudiée, et qui feront par la suite l'objet de comparaisons intergroupes » (Lecompte, 2014, p.212).

## Étude primaire ou recherche originale

« Recherche dans laquelle les données sont recueillies pour la première fois directement auprès de patients (essai clinique randomisé, étude d'observation, étude de série de cas, etc.). Remarque: Le terme recherche primaire est souvent employé pour distinguer ce type de recherche des « recherches secondaires », qui sont des recherches de synthèse (nouvelle analyse de données déjà recueillies), des méta-analyses et autres méthodes de combinaison d'études (comme les analyses économiques et les analyses décisionnelles). (Notion connexe: recherche de synthèse). Syn.: étude primaire (n.f.), étude originale (n.f.) » (Glossaire en évaluation des technologies de la santé, 2024)

## Étude qualitative

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995, p. 43, dans Claude, 2019).

## Étude quasi expérimentale

Ce type d'étude primaire consiste en une « expérimentation avec une intervention donnée, des résultats de santé mesurés et au moins deux unités expérimentales (groupe recevant l'intervention et groupe contrôle), mais sans recours à la randomisation pour créer les conditions d'inférence causale » (Cook et collab., 1979 cité dans Benmarhnia et Fuller, 2019 dans Ridde et Dagenais, 2019, p.241).

## Examen de la portée (*scoping review*)

« Les examens de la portée sont un type de synthèse des connaissances qui vise à identifier et à cartographier systématiquement l'étendue des données probantes disponibles sur un sujet, un domaine, un concept ou une question particulière, ce dans différents contextes. Les sources de données probantes sont variées et couvrent la recherche primaire, les revues de la littérature et les données non empiriques. Les examens de la portée peuvent clarifier des concepts/définitions clés dans la littérature et identifier des caractéristiques ou des facteurs clés liés à un concept, y compris ceux liés à la recherche méthodologique » (Munn et collab., 2022 dans Université de Montréal, 2023).

## Gestion intensive de cas

Selon Dieterich et collab. (2017), la gestion intensive de cas « est un ensemble de soins de proximité visant à fournir des soins à long terme aux personnes souffrant de troubles mentaux graves qui n'ont pas besoin d'être admises immédiatement » (p.1, trad. libre).

## Intervention (ou approche) psychoéducative

« L'intervention psychoéducative repose sur une évaluation des capacités adaptatives de la personne telles qu'elles se manifestent dans son milieu de vie habituel. Le psychoéducateur prend part à l'expérience vécue par la personne et l'utilise dans le but d'accroître les capacités adaptatives de cette dernière. Ainsi, cette expertise qu'il a développée lui permet de modifier et de mettre à profit des éléments significatifs de l'environnement au sein duquel la personne est appelée à agir, compte tenu de son âge et de ses conditions de vie » (Gouvernement du Québec, 2021, p.18).

## Interventions psychosociales

« Dans le contexte de la réadaptation pour des personnes qui ont une consommation à risque ou problématique de SPA, les interventions psychosociales peuvent être décrites comme des interventions non pharmacologiques qui visent à mitiger les problèmes associés à l'intégration sociale et/ou à la consommation à risque ou problématique de SPA. Spécifiquement, la notion d'intervention psychosociale fait référence à un ensemble hétérogène d'interventions qui peuvent varier en fonction de leurs fondements théoriques (ex. approches psychodynamiques, comportementales, motivationnelles, etc.), de leur durée et de leur intensité (ex. interventions courtes ou longues), des milieux où elles sont offertes (p. ex. hôpital, centre de réadaptation, milieux de vie substituts, milieu communautaire), de leurs modalités » (Djouini et collab., 2021, p.4-5).

## Littérature grise

« Documents publiés pour un public restreint, en dehors des grands circuits de distribution, et difficilement repérables dans les bases de données courantes, tels que des présentations à des congrès, des évaluations de technologies de la santé réalisées par des hôpitaux, certains documents gouvernementaux, etc. » (Glossaire en évaluation des technologies de la santé, 2023).

## Modèles de soins intégrés

« Les modèles de traitement intégré pour les patients à double diagnostic unifient les services au niveau du prestataire plutôt que d'obliger les clients à négocier des programmes distincts de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie (Drake 1993 ; Drake 2008 ; Mueser 2013). L'éventail des services fournis varie en fonction des besoins du client et doit pouvoir prendre en charge des patients à différents stades de préparation au changement (Tsuang 2006). Les traitements de la toxicomanie sont intégrés dans un ensemble de services directs, tels que les visites fréquentes à domicile, l'intervention en cas de crise, la formation aux compétences en matière de logement, la réadaptation professionnelle, le suivi des médicaments et la psychoéducation familiale. Le traitement intégré signifie que les mêmes cliniciens ou équipes de cliniciens dans un même lieu fournissent des traitements à long terme de manière coordonnée (Barrowclough 2006a ; Green 2007) » (Hunt et collab., 2019, p.21, trad. libre).

## Programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA)

« Les programmes de gestion de la consommation d'alcool sont basés sur l'approche de réduction des méfaits et s'adressent aux personnes ayant une dépendance sévère à l'alcool et qui se sont également retrouvées sans résidence ou ont vécu une instabilité résidentielle. Ces personnes ont tenté à plusieurs reprises de se désintoxiquer et ont peu fréquenté les services sociaux et de santé [...] Le but premier de ces programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) est donc la réduction des méfaits (diminution de comportements antisociaux, consommation d'alcool à la fois stable et sécuritaire, substitution d'alcool impropre à la consommation<sup>1</sup> par des breuvages alcoolisés) et la diminution de la consommation d'alcool, si désirée par les participants » (Mattison et collab., 2019, p. 3-4, trad. libre).

## Réadaptation psychosociale

« La réadaptation psychosociale est le processus qui facilite les opportunités pour les personnes atteintes d'une maladie mentale chronique d'atteindre leur niveau optimal de fonctionnement indépendant dans la société et d'améliorer leur qualité de vie [...] Le processus de réadaptation vise à améliorer les compétences émotionnelles, sociales et intellectuelles nécessaires pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le moins de soutien professionnel » (Saha et collab., 2020, p.892, trad. libre).

---

<sup>1</sup> Il s'agit en fait d'alcool impropre à la consommation et non de breuvages non alcoolisés. Ce sont des produits qui contiennent de l'alcool, mais qui ne sont pas conçus pour être ingérés tels que les rince-bouches, les nettoyants à mains, l'alcool à friction, la lotion après-rasage, etc. (BCCSU-CISUR, 2023, p.27).

## Ressources résidentielles (ou d'hébergement) en santé mentale

« Ressources administrées et financées par un établissement en mesure de recevoir des usagers pour leur procurer des services de réadaptation et accroître leur autonomie en vue d'une intégration sociale [...]. Contrairement aux autres ressources, le personnel est constitué d'employés de l'établissement et fournit des services intensifs de réadaptation, d'assistance et de surveillance 24/7 » (ASSS de Mtl, 2015, p. 16).

### ► Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal :

- Ressources intermédiaires (RI):
  - Appartements supervisés
  - Maisons de chambre
  - Maisons d'accueil
  - Résidences de groupe
- Ressource de type familiale (RTF)
- Ressources d'établissement (RE)
- Ressources autres (en vertu de l'article 108 de la LSSSS) (RA) » (*ibidem*, p. 13).

## Revue systématique

« Une revue systématique est une forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Ce type de revue implique des méthodes objectives de recherche documentaire, l'application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions. On peut ou non utiliser des méthodes statistiques (méta-analyse) pour analyser et synthétiser les résultats des études incluses » (Glossaire en évaluation des technologies de la santé, 2023).

## Substances psychoactives

« Les substances psychoactives sont classées en différentes catégories selon les effets qu'elles procurent : perturbateurs (ex. : cannabis, ecstasy), dépresseurs (ex. : opioïdes, alcool) ou stimulants (ex. : cocaïne, amphétamines) » (MSSS, 2022).

## Synthèse narrative analytique

« La synthèse narrative analytique a pour objectif de développer une compréhension approfondie de la façon dont une intervention fonctionne, des personnes pour lesquelles elle fonctionne et des circonstances dans lesquelles elle fonctionne, puis de la communiquer aux lecteurs de la revue systématique » (IOM, 2011 dans INESSS, 2013, p.36).

« Une revue systématique contient une synthèse narrative analytique des données qui va au-delà de la simple description des études et inclut une analyse critique de celles-ci » (INESSS, 2013, p.36).

## Thérapie cognitivocomportementale

«Selon les principes de la TCC, ce que nous ressentons est lié à notre perception d'une situation et non simplement à la nature de cette situation [...] La TCC est fondée sur une méthode intensive de courte durée (de six à vingt séances) axée sur la résolution de problèmes. C'est une thérapie rapide, pratique et orientée vers un but qui permet aux clients de développer à long terme les habiletés nécessaires pour rester en santé. La TCC met l'accent sur le moment présent et les problèmes qui surviennent au quotidien. Elle aide les clients à examiner la façon dont ils interprètent et évaluent ce qui se passe autour d'eux et les effets de cette perception sur leur expérience émotionnelle.» (Rector, 2010, p.2)

## Traitement résidentiel

«Le traitement résidentiel est un niveau de soins structuré, dispensé 24 heures sur 24, qui permet de se concentrer sur des activités intensives de rétablissement. Il vise à aider les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances et ayant des besoins psychosociaux importants à se stabiliser dans leur rétablissement avant de s'engager dans des structures ambulatoires et de retourner dans un environnement non supervisé, ce qui pourrait nuire à leur processus de rétablissement» (Reif et collab., 2014, p.301, trad. libre)

## Trouble concomitant

«Les troubles concomitants, également appelés diagnostic mixte ou trouble mixte, désignent généralement l'existence simultanée d'un trouble mental et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues» (Rush et collab., 2008; Skinner et collab., 2010 dans Khan, 2017, p.3).

## Trouble grave de santé mentale (TGSM)

«Trouble de santé mentale associé à des incapacités significatives et persistantes (suivies, prolongées ou durables) créant des obstacles dans l'accomplissement des activités de l'individu, en particulier dans le cadre des relations interpersonnelles et du travail» (MSSS, 2015, p. x).



# 1. Mise en contexte

## 1.1 Troubles concomitants de santé mentale et de dépendance à l'alcool et aux drogues

D'après les données de Statistique Canada en 2022, la prévalence des troubles de santé mentale a augmenté au cours des 10 dernières années. En effet, en 2022, 18 % de la population canadienne âgée de 15 ans et plus (5 millions de personnes) a été diagnostiqué comme ayant un trouble de l'humeur, d'anxiété ou lié à l'utilisation de substances au cours de l'année précédente (Stephenson, 2023).

Au Québec, il y aurait entre 150 000 et 200 000 adultes présentant au moins un trouble de santé mentale grave. Parmi eux, « entre 100 000 et 133 000 Québécois adultes, seraient également aux prises avec un problème d'usage de substances psychoactives » (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2022, p. 4). Par ailleurs, selon les données de l'Institut de la statistique du Québec en 2022, près de 79 % de la population québécoise ont consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, dont 24 % de façon excessive. De plus, environ 19 % de la population ont consommé une substance psychoactive autre que l'alcool au cours de l'année précédente, surtout du cannabis : « La proportion de consommateurs et consommatrices de cannabis est par ailleurs en hausse : de 12 % en 2008, elle est passée à 15 % en 2014-2015, puis à 18 % en 2020-2021 » (ISQ, 2023).

Selon Khan (2017), la prévalence des troubles concomitants (trouble anxieux et de l'humeur, trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues) est de 1,2 % parmi la population canadienne. Par ailleurs, Trull et collab. (2018 dans Huynh et collab., 2020) relèvent que la dépendance associée au trouble de personnalité limite est associée à la consommation de différentes substances : alcool (17 %), cocaïne (22 %) et opioïdes (34 %). Comme le souligne Brown (2023), « [...] par rapport à la population générale, les personnes souffrant d'un trouble mental sont deux fois plus susceptibles de développer un problème de consommation de substances au cours de leur vie ».

Plusieurs études épidémiologiques faisant état de la prévalence de troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances ont été publiées. Dans une revue systématique avec méta-analyse, Hunt et collab. (2018) mentionnent que selon les études épidémiologiques réalisées entre 1990 et 2017, 35 % des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou pour un autre trouble psychotique au cours de leur vie présentent également un problème de consommation d'alcool. De plus, la prévalence du trouble concomitant « se situe à 12 % selon les registres de cas, à 27 % selon les études de cohorte et à 23 % selon les études cliniques » (Hunt et collab., 2018 dans Huynh et collab., 2020, p.2-3). La prévalence du trouble de consommation de drogues illicites est un peu plus élevée chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou pour autre trouble psychotique, soit « de 38 % selon les enquêtes épidémiologiques, de 21 % selon les registres de cas, de 21 % selon les études de cohorte et de 25 % selon les études cliniques » (Huynh et collab., 2020). La prévalence moyenne pour les personnes atteintes d'un trouble bipolaire pour un trouble de l'utilisation d'une substance (TUS) était de « 17 % pour un TUS liée à une drogue, de 24 % pour un TUS lié à l'alcool et de 33 % pour n'importe quel TUS » (Hunt et collab., 2016), sans tenir compte de la période couverte étudiée (de 1990 à 2015).

Quel que soit le type de substance consommée et sa régulation par les autorités publiques, l'usage d'alcool ou de drogues par des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale requiert des traitements appropriés afin de minimiser les risques pour la santé de ces personnes et de réduire les méfaits que cela peut engendrer. Or, l'intégration de traitements appropriés pour les personnes qui vivent avec un

trouble concomitant de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues est un défi reconnu (Khan, 2017). Parmi ces personnes, certaines doivent être hospitalisées pour une période de temps plus ou moins prolongée. Une fois leur congé de l'hôpital obtenu, ces personnes ne sont pas toujours aptes à retourner dans la communauté pour y vivre de façon autonome. Dans ce contexte, la transition entre le milieu hospitalier et la communauté peut nécessiter un hébergement supervisé où des services de santé et des services psychosociaux sont offerts à un rythme plus ou moins intensif.

## 1.2 Ressources d'établissement externes de l'IUSMM

Sur le territoire du CIUSSS-EMTL, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) assume la responsabilité de plusieurs ressources d'établissement externes. Parmi celles-ci, on compte des ressources externes où sont hébergés des adultes présentant un trouble grave de santé mentale (TGSM) avec ou sans trouble de consommation associée, et qui ont besoin de soutien pour retrouver l'autonomie nécessaire pour vivre en communauté. Ces ressources comprennent : des ressources transitoires, des ressources en psychiatrie gériatrique, des appartements supervisés et des foyers de groupe (Tableau 1). Dans ces ressources, les intervenants ont pour mandat d'« offrir des services individualisés de réadaptation dont l'objectif est de préparer l'utilisateur à intégrer un milieu vie plus autonome et le moins restrictif possible suivant son passage en ressource d'établissement » (IUSMM. DPSMDI. *Ressources d'établissement*. Présentation PowerPoint).



**Tableau 1 : Types de ressources d'établissement externes (milieux de vie substitut en santé mentale)<sup>2</sup>** (Sources : adapté de Tourville 2022, Néron et collab., 2014; IUSMM. DPSMDI. Ressources d'établissement. Présentation PowerPoint)

Les ressources d'établissement externes offrent un milieu de vie substitut avec des services d'observation, d'orientation ainsi que des interventions pour des adultes présentant un problème grave de santé mentale qui ne peuvent vivre de façon autonome dans la collectivité. Ils ont un suivi psychiatrique avec une équipe à l'externe.

Ces ressources privilégient les approches du rétablissement et de la pleine citoyenneté, la participation active de la personne dans sa démarche de réadaptation psychosociale, la collaboration avec les équipes traitantes, ainsi qu'une approche individualisée.

Les usagers de ces ressources peuvent avoir des troubles concomitants (toxicomanie, trouble de comportement, etc.). Cependant, les résidents s'engagent à ne pas consommer d'alcool ou toute autre forme de drogue à l'intérieur de la ressource et sur le terrain (balcon, cour), à ne pas inciter les autres à la consommation et la vente de drogue ou de cigarette n'est pas tolérée sur le terrain de la ressource. Ces personnes doivent être disposées, avoir les capacités à s'impliquer dans un processus de réadaptation et être prêtes à collaborer aux évaluations. Ces ressources accueillent des personnes qui peuvent et veulent bénéficier d'un milieu de vie de groupe transitoire. Le niveau d'intensité d'encadrement est de modéré à élever.

Les **ressources transitoires** hébergent des personnes hospitalisées dans les unités psychiatriques de divers centres hospitaliers de Montréal, qui ne peuvent vivre de façon autonome dans la collectivité, mais qui sont prêtes à recevoir leur congé.

Les **ressources de psychiatrie gériatrique** offrent de l'hébergement et des services pour les personnes de 65 ans et plus ou présentant un profil gériatrique. Des services sont offerts par des infirmières, infirmières auxiliaires, des éducateurs et des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS).

Les **appartements supervisés** offrent des services d'intensité modérée, avec une présence constante d'intervenants (24 heures par jour/7 jours par semaine). Ils offrent des services individualisés de réadaptation dont l'objectif est de préparer l'utilisateur à intégrer un milieu de vie plus autonome et le moins restrictif possible suite à son passage en ressource d'établissement.

Les **foyers de groupes** accueillent plusieurs types de personnes. L'équipe d'intervention facilite la transition des services de pédopsychiatrie vers les services de psychiatrie adulte pour les jeunes de 18 à 25 ans. Cette équipe soutient également les jeunes au début de leur maladie psychiatrique, ainsi que dans le passage à la vie adulte sur le plan de l'autonomie et de leur projet de vie. Ces foyers hébergent aussi des usagers présentant des troubles de santé mentale avec des troubles de comportement associés à une comorbidité, tels qu'un trouble d'utilisation de substances, un trouble d'impulsivité et de difficultés relationnelles. D'autres hébergent des personnes avec des comportements hétéroagressifs, avec ou sans statut légal, ayant souvent eu des démêlés avec la justice et nécessitant un cadre plus serré.

<sup>2</sup> Les ressources d'établissement externes de l'IUSMM correspondent aux milieux de vie substituts en santé mentale par opposition aux unités de soins en milieu hospitalier.

## 1.3 Réduction des méfaits<sup>3</sup> en milieux de vie substitut en santé mentale dans un contexte de légalisation de la consommation du cannabis

La consommation de cannabis est légale au Canada depuis 2018. Cependant, l'application de cette loi peut être adaptée par les autorités provinciales ou municipales. Ainsi, le Gouvernement du Québec précise dans son projet de loi encadrant le cannabis (chapitre C-5.3) les modalités de consommation de cette substance dans les lieux privés et les lieux publics intérieurs et extérieurs. Voici quelques particularités relatives aux restrictions d'usage du Gouvernement du Québec (2024) :

### LOI ENCADRANT LE CANNABIS (Extraits)

À jour au 25 octobre 2023

#### **Chapitre C-5.3**

##### **Section II – Lieux fermés**

**12.** Sous réserve des articles 13 à 15, il est interdit de fumer du cannabis dans tous les lieux fermés suivants :

1° les installations maintenues par un établissement de santé ou de services sociaux visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ([chapitre S-5](#)) ainsi que les locaux où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ([chapitre S-4.2](#)), sauf si ces locaux sont situés à l'intérieur d'une résidence privée;

**13.** Un fumoir fermé dans lequel il est permis de fumer du cannabis peut être aménagé dans les lieux fermés suivants :

1° les installations maintenues par un établissement de santé ou de services sociaux et les locaux où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire.

Si un fumoir fermé est déjà aménagé dans ces lieux en application de l'article 3 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme ([chapitre L-6.2](#)), seul ce fumoir peut être utilisé pour l'usage de cannabis.

**14.** Il est possible d'identifier des chambres où il est permis de fumer du cannabis dans les lieux fermés suivants :

1° les installations maintenues par un établissement de santé ou de services sociaux et les locaux où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire;

2° les maisons de soins palliatifs et les lieux d'hébergement temporaire où l'on offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes en détresse ou démunies.

Seules les personnes admises ou hébergées dans ces lieux peuvent fumer dans ces chambres.

Le nombre de chambres où il est permis de fumer du cannabis ne doit pas dépasser 20 % des chambres disponibles pour l'ensemble de la clientèle. De plus, les chambres où il est permis de fumer doivent être regroupées de manière à offrir un maximum de protection aux non-fumeurs compte tenu de la superficie totale des lieux et de leurs conditions d'utilisation et d'aération. Si des chambres sont

<sup>3</sup> Une définition de cette approche est présentée dans le glossaire de ce rapport.

déjà identifiées pour l'usage du tabac en application du premier alinéa de l'article 5 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme ([chapitre L-6.2](#)), ces chambres doivent d'abord être identifiées pour l'usage de cannabis.

L'exploitant d'un lieu visé au premier alinéa peut assujettir à certaines conditions l'usage du cannabis dans une chambre où il est permis de fumer ou encore interdire à une personne de fumer dans une telle chambre s'il a des motifs raisonnables de croire que l'usage du cannabis par cette personne présente un danger pour sa sécurité ou celle d'autrui.

### **Section III – Autres lieux**

**16.** Il est interdit de fumer du cannabis dans tous les lieux suivants :

1° les voies publiques au sens du troisième alinéa de l'article 66 de la Loi sur les compétences municipales ([chapitre C-47.1](#));

5° les terrains sur lesquels sont situés des lieux fermés assujettis à l'interdiction de fumer prévue au premier alinéa de l'article 12, à l'exception des terrains des immeubles d'habitation comportant uniquement deux logements ou plus ou une résidence privée pour aînés visés respectivement aux paragraphes 8° et 9° de cet alinéa;

6° tous les autres lieux extérieurs qui accueillent le public, notamment les parcs, les terrains de jeu, les terrains de sport, les terrains des camps de jour et les terrains des camps de vacances.

**16.1** Malgré le paragraphe 6° du premier alinéa de l'article 16, une municipalité locale peut, par règlement et aux conditions qu'elle détermine, permettre de fumer du cannabis dans un parc municipal, sauf dans les parties de celui-ci où il est interdit de fumer en application des paragraphes 6° à 8° du premier alinéa de l'article 2.1 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme ([chapitre L-6.2](#)) ou du deuxième alinéa de cet article. Elle doit alors indiquer au moyen d'affiches installées à la vue des personnes qui fréquentent le parc les lieux où il est permis de fumer du cannabis.

Pour ce qui est de la Ville de Montréal, la consommation de cannabis est interdite dans les lieux publics intérieurs et dans les espaces publics extérieurs tels que les parcs et les voies publiques (Ville de Montréal, 2021). En réponse aux restrictions gouvernementales, la Ville de Montréal (2019) a toutefois présenté un mémoire dans lequel elle recommande qu'un amendement soit inclus au projet de loi afin de se soustraire de l'interdiction de la consommation de cannabis dans les parcs et sur les voies publiques. Elle se dit sensible à l'exposition à la fumée secondaire dans un lieu fermé et à l'impact de cette mesure pour les personnes marginalisées.

À l'heure actuelle, à Montréal, aucune possession ni consommation de substances psychoactives n'est tolérée de manière officielle au sein des ressources résidentielles en santé mentale et sur le terrain où elles sont érigées. Dans le cas du cannabis, sa consommation « légale » autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de ce type de ressources contrevient à cette réglementation. Les modalités de consommation de cannabis, auxquelles s'ajoutent celles relatives à la consommation d'alcool, ne sont pas nécessairement claires ni uniformisées au sein de ces ressources d'hébergement. Cette situation engendre une certaine confusion sur l'application des règlements par les gestionnaires et les intervenants. La réglementation en vigueur rend difficilement applicable l'approche de réduction des méfaits, entrave le processus de relation d'aide et va à l'encontre d'une philosophie axée sur le rétablissement et la pleine citoyenneté.

Face à cette situation, les personnes responsables des ressources d'établissement externes en santé mentale à la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) à l'IUSMM s'interrogent sur les pratiques d'intervention les plus appropriées, selon l'approche de réduction des méfaits, en matière de réadaptation et de consommation de cannabis et autres substances par les personnes hébergées dans ces milieux de vie substituts en santé mentale offerts par l'IUSMM.

## 2. Objectif de l'évaluation

Cette évaluation vise à examiner les effets engendrés par des pratiques exemplaires de réduction des méfaits sur la réadaptation psychosociale de personnes hébergées dans des milieux de vie substituts en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues.

## 3. Question décisionnelle/Question d'évaluation

Considérant l'approche de la réduction des méfaits, quelles sont les meilleures pratiques d'intervention à mettre en place auprès des usagers des services d'hébergement quant à la consommation de drogues et d'alcool dans les milieux de vie ?

Cette question décisionnelle a été reformulée en une question d'évaluation précisant le profil des usagers et le type de services d'hébergement visé :

Quels sont les effets des pratiques exemplaires de réduction des méfaits sur la réadaptation psychosociale de personnes hébergées dans des milieux de vie substituts en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues ?

## 4. Méthodologie

### 4.1 Stratégie de recherche documentaire

Ce rapport d'ETMI abrégée s'appuie sur la méthodologie des revues systématiques. Toutefois, certaines étapes de la démarche ont été allégées ou omises en cours de production, et ce, afin de répondre à l'échéancier de la prise de décision par le demandeur. La stratégie de recherche documentaire utilisée pour produire ce rapport a été effectuée en collaboration avec la bibliothécaire de l'IUSMM afin de repérer des publications scientifiques en lien avec la question d'évaluation. Les critères d'inclusion et d'exclusion des publications recherchées sont basés sur l'outil mnémotechnique PICOTS (Samson & Schoelles, 2012) ainsi qu'aux critères relatifs aux langues utilisées dans les publications, à la période couverte par celles-ci, et au type de publication (voir l'annexe A).

La recherche documentaire de la littérature scientifique, qui a été effectuée du 6 au 8 juin 2023 dans quatre banques de données bibliographiques indexées (Pubmed, CINHALL, Embase, PsycInfo). Les principaux concepts utilisés pour cette recherche étaient : « consommation de substance », « santé mentale », « interventions psychosociales », « réduction des méfaits » et leur combinaison. La période couverte est du 1<sup>er</sup> janvier 1993 au 1<sup>er</sup> juin 2023. Le choix de cette période fait référence à l'année suivant la prise de position par le Comité permanent de la lutte en toxicomanie en faveur de l'approche de la réduction des

méfais dans un Avis sur l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 du MSSS. L'adhésion aux principes de réduction des méfaits sera adoptée par plusieurs organismes québécois au cours des années suivantes, comme le souligne Brisson, un des premiers auteurs à le signaler en 1997.

Pour être retenus, les articles devaient être rédigés en anglais ou en français et provenir de l'un ou l'autre des 36 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les devis d'études sélectionnés incluent: les revues systématiques (avec ou sans méta-analyses), les rapports d'agences d'évaluation, tout type d'études primaires avec comité de révision par des pairs ainsi que les publications d'organismes gouvernementaux et de sociétés savantes. Les principaux concepts utilisés pour interroger les bases de données sont: les interventions psychosociales, les approches basées sur la réduction des méfaits, la consommation de substances, les troubles de santé mentale et les sites d'hébergement. Le plan des concepts et la stratégie de recherche documentaire sont présentés dans les annexes B et C du présent rapport.

Une recherche de la littérature grise a également été réalisée le 18 août et le 19 septembre 2023 à l'aide des moteurs de recherche Google et Epistemonikos, Cochrane Library, Cochrane Central register of controlled trials, Worldwidescience.org et Érudit avec les mêmes concepts que ceux utilisés pour la recherche dans les banques de données bibliographiques indexées. Cette recherche documentaire couvre également la période du 1<sup>er</sup> janvier 1993 au 1<sup>er</sup> juin 2023.

## 4.2 Sélection des articles

Le processus de sélection des articles repérés a été mené de façon indépendante par les deux auteurs de cette évaluation. Le logiciel *Covidence* a été utilisé pour faciliter la sélection de ces publications. Les auteurs de ce rapport ont réalisé en parallèle un premier tri de sélection en lisant les titres et les résumés. Un deuxième tri a ensuite été effectué suivant la lecture complète des publications retenues après le premier tri. En cas de divergences entre eux, les auteurs du rapport ont réglé leurs divergences d'opinions par consensus. La sélection finale des documents admissibles a été réalisée d'un commun accord entre eux. Les résultats de ce processus de sélection sont illustrés par un diagramme de flux PRISMA (Moher et collab., 2009).

## 4.3 Évaluation de la qualité des publications

Les outils utilisés pour l'évaluation de la qualité des articles retenus sont AMSTAR- 2 (Shea et collab., 2017) pour les revues systématiques, PRISMA ScR (Tricco et collab., 2018) pour les examens de la portée (ANAÉS, 2000) pour les revues de synthèse narrative, RAPEer (Hunter, 2020) pour les revues rapides, et l'outil ICROMS (Zingg et collab., 2016) pour les études de type prétest post-test sans groupe témoin. L'évaluation de la qualité des publications en provenance de la littérature grise a été réalisée avec l'outil AACODS adapté par l'INESSS (2016). Étant donné le petit nombre de publications retenues, chacun des auteurs du rapport a procédé à l'évaluation en parallèle de 50 % des publications retenues, pour ensuite valider celles évaluées par son collègue. Encore ici, les divergences d'opinions entre eux ont été réglées par consensus.

## 4.4 Extraction des données des publications retenues

L'extraction des données pertinentes a été réalisée de façon indépendante par les deux auteurs de ce rapport. Une grille d'extraction des données a été élaborée de façon conjointe afin de recueillir les informations pertinentes dans les publications retenues en lien avec la question d'évaluation (voir l'annexe D). Les auteurs du rapport ont effectué un prétest de cette grille avant de l'appliquer à l'ensemble des publications. Ils ont ensuite procédé à l'extraction des données pertinentes en se partageant chacun la moitié des publications retenues.

## 4.5 Validation scientifique

L'appréciation de la démarche méthodologique de cette évaluation a été réalisée par le responsable scientifique de l'UETMISS-SM du CEMTL qui a, au préalable, révisé le protocole d'évaluation.

De plus, une professionnelle scientifique en ETMI a été consultée, par courriel, en raison de son expertise sur l'objet d'évaluation et sur la démarche globale de ce type d'évaluation.

## 4.6 Analyse et synthèse des données

Les principaux résultats d'intérêt associés à la question d'évaluation sont présentés sous la forme d'une synthèse narrative analytique. Ces résultats ont également été rapportés, sous forme abrégée, dans les tableaux synthèses. Cette démarche se justifie en raison du faible nombre de publications incluses et de l'hétérogénéité de leurs résultats.

## 4.7 Appréciation de la preuve

La démarche d'appréciation de la qualité de l'ensemble de la preuve n'a pas été entamée dans le cadre de cette évaluation.

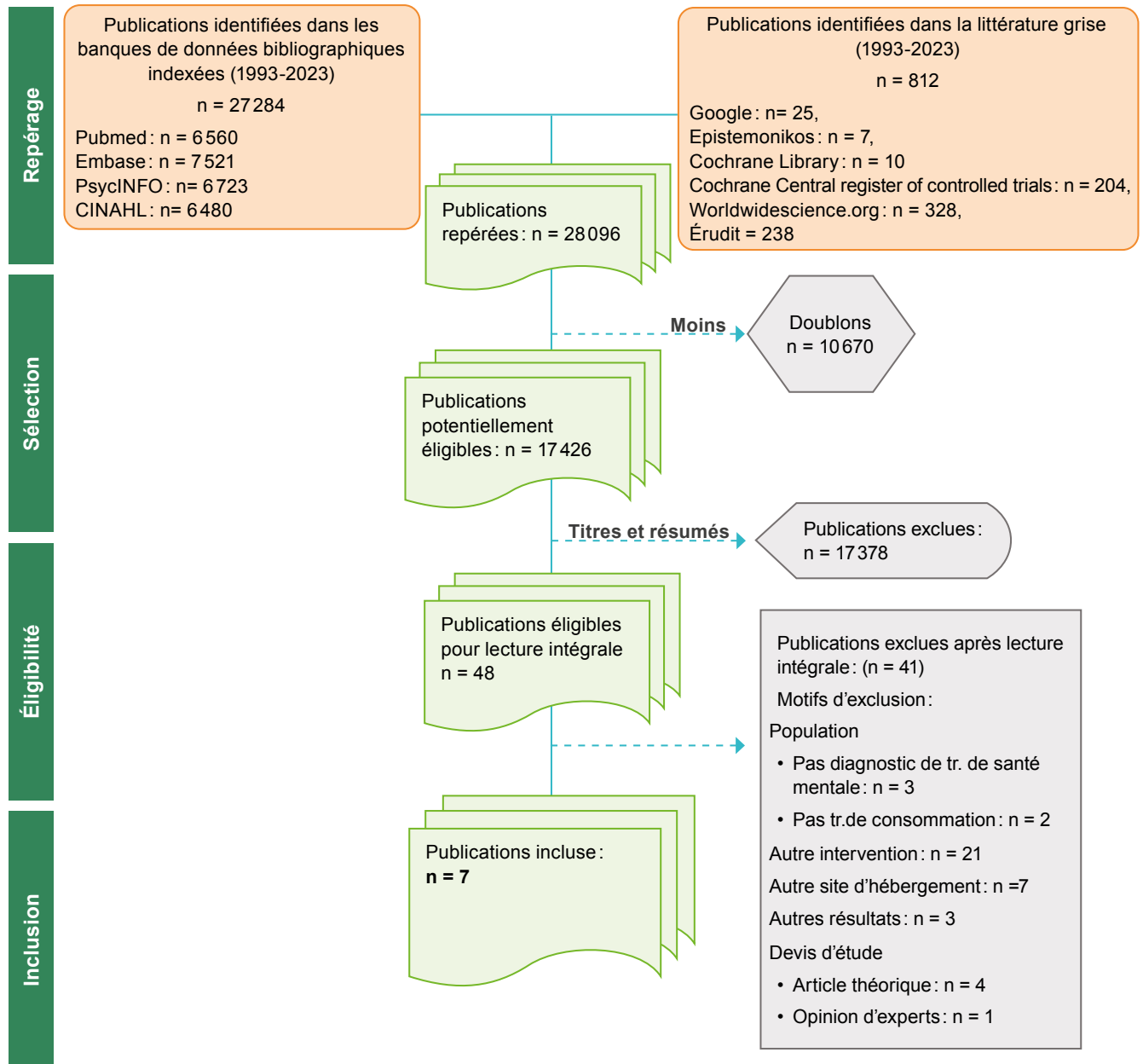


## 5. Résultats

### 5.1 Publications retenues pour l'analyse

Les résultats du processus de sélection des publications sont illustrés par un diagramme de flux (modèle PRISMA, Moher et collab., 2009.).

Figure 1: Diagramme de flux - Sélection des articles



Au départ, 28 096 références publiées entre le 1<sup>er</sup> janvier 1993 et le 1<sup>er</sup> juin 2023 ont été repérées dans la littérature scientifique et dans la littérature grise. Une fois les doublons exclus (n = 10 670), le nombre de références potentiellement éligibles était de 17 426. Étant donné que les concepts mobilisés par la bibliothécaire étaient très généraux, les évaluateurs ont effectué plusieurs tris en combinant des mots clés dans le logiciel *EndNote*. Cette démarche est présentée dans l'annexe E. Par la suite, 17 378 publications ont été exclues suivant la lecture des titres et des résumés, et 48 publications ont fait l'objet d'une lecture intégrale. De ce nombre, 41 publications ont été exclues selon les critères de sélection. Les études exclues avec motifs à l'appui sont présentées à l'annexe F.

Au total, sept publications parues entre 2005 et 2023 ont été retenues, dont une revue systématique (Hunt et collab., 2019), un examen de la portée (Smith-Bernardin et collab., 2022), une revue rapide (Mattison et collab., 2019), deux revues narratives de la littérature (Mueser et collab., 2005; Reif et collab., 2014), une étude prétest post-test sans condition témoin (Chilton et collab., 2018) et un cadre de référence (BCCSU-CISUR, 2023) basé sur trois revues systématiques et sept études primaires. Parmi ces publications, trois proviennent des États-Unis (Mueser et collab., 2005; Reif et collab., 2014; Smith-Bernardin et collab., 2022), deux du Canada (BCCSU-CISUR, 2023; Mattison et collab., 2019), une de l'Australie (Hunt et collab., 2019) et une autre de Grande-Bretagne (Chilton et collab., 2018).

La prochaine section de ce document consiste en une synthèse narrative analytique des résultats des sept publications retenues. Les résultats sont présentés par devis d'études. Une présentation synthétique de ces résultats est proposée sous forme de tableaux (voir l'annexe G).

### **5.1.1 Interventions psychosociales pour les populations avec un trouble concomitant (santé mentale, dépendance à l'alcool ou aux drogues)**

#### **5.1.1.1 Revues de la littérature**

Dans une revue systématique Cochrane, Hunt et collab. (2019) se sont fixé comme objectif d'évaluer les effets d'interventions psychosociales visant à réduire la consommation de substances (alcool, drogues) en comparaison aux soins habituels (gestion intensive de cas) qui sont offerts aux personnes vivant un trouble concomitant dans les services communautaires et les cliniques externes en Australie.

Les auteurs de cette revue systématique ont évalué 41 ECR (n = 4 024 personnes) dont 30 ECR portent spécifiquement sur cette population. L'efficacité de cinq types d'interventions psychosociales offertes à court ou à long terme, et sur une base individuelle ou en groupe, a été évaluée, soient : 1) les modèles de soins intégrés (4 ECR), 2) la thérapie cognitivocomportementale (TCC, intervention individuelle : 2 ECR), 3) l'entretien motivationnel (EM, intervention individuelle ou de groupe : 9 ECR), 4) la combinaison de la TCC et de l'EM (9 ECR), et 5) l'entraînement aux habiletés sociales (EHS, intervention de groupe : 6 ECR).

Les résultats considérés sont les effets de ces interventions sur : a) la consommation de substances, b) le fonctionnement global et c) la qualité de vie des participants.

#### **a) Effets sur la consommation de substances (36 mois après l'intervention)**

Concernant les modèles de soins intégrés, aucune différence significative avec les soins usuels n'a été observée 36 mois après l'intervention. Par ailleurs, aucune donnée n'est rapportée sur l'efficacité de la thérapie cognitivocomportementale sur la consommation de substances (drogues, alcool). Quant à l'entretien motivationnel, l'absence de toute abstinence après six mois indique une



faible efficacité à court terme de ce type d'intervention sur la réduction de la consommation de substances. La combinaison de la thérapie cognitivocomportementale et de l'entretien motivationnel donne des résultats similaires après six mois, donc peu concluants. Pour l'intervention basée sur l'entraînement aux habiletés sociales, aucune différence n'est constatée avec les soins usuels en ce qui a trait à l'abstinence de l'alcool 12 mois après l'intervention. Outre le caractère non concluant de ces résultats, la faible qualité méthodologique de ces études est soulignée par les auteurs de cette revue systématique qui y ont relevé plusieurs biais (p. ex., échantillons de petite taille, essai ouvert ou sans insu, données incomplètes, etc.).

## **b) Effets sur le fonctionnement global**

Le fonctionnement global a été évalué par une mesure clinique du fonctionnement psychologique, social et occupationnel d'un patient à l'aide de l'échelle *GAF (Global Assessment of Functioning)*, ou à défaut de données suffisantes, avec les échelles *SOFAS (Social and Occupational Functioning Scale)* et *RFS (Role Functioning Scale)*.

Aucune différence significative avec l'efficacité des soins usuels n'a été observée pour les modèles de soins intégrés six mois après l'intervention. En ce qui a trait à la TCC, le fonctionnement global n'a pas été rapporté dans les essais. Cependant, selon l'échelle *SOFAS* (1 à 100), il n'y avait pas de différence claire avec les soins usuels dans les scores moyens du fonctionnement social et occupationnel, avec des différences moyennes de -0,80 à trois mois et de -4,70 à six mois.

Pour ce qui est de l'entretien motivationnel, en comparaison aux soins usuels, selon l'échelle *GAF* (1 à 100), les auteurs ne rapportent pas de différences significatives après trois mois (-0,40), six mois (-1,00) ou 12 mois (2,30).

La combinaison de la TCC et de l'entretien motivationnel, en comparaison aux soins usuels, et selon l'échelle *GAF* (1 à 100), n'apporte aucune différence significative sur le fonctionnement global après trois mois (-0,17), six mois (1,65), 12 mois (1,24), 18 mois (4,57) et 24 mois (-0,21).

Pour l'intervention basée sur l'entraînement aux habiletés sociales, le fonctionnement global n'a pas été rapporté dans les essais. Cependant, selon l'échelle *RFS* (1 à 7), aucune différence significative avec les soins usuels n'a été constatée après six mois (0,61), 12 mois (1,07) ou 18 mois (-2,55).

## **c) Effets sur la qualité de vie des participants**

Sur cet aspect du problème, aucune différence significative avec l'efficacité des soins usuels n'a été observée pour les modèles de soins intégrés six mois après l'intervention. Aussi, aucune donnée n'est rapportée pour la TCC, pour l'entretien motivationnel, et pour l'entraînement aux habiletés sociales. Par ailleurs, aucune différence significative n'a été observée entre l'efficacité résultant de la combinaison de la TCC et de l'entretien motivationnel et l'efficacité des soins usuels six mois après l'intervention. La faible efficacité de ces interventions sur la qualité de vie des participants est mentionnée par les auteurs de cette revue systématique.

Dans l'ensemble, Hunt et collab. (2019) soulignent que l'efficacité de ces interventions psychosociales est de faible ampleur en comparaison à l'efficacité des soins usuels.

La deuxième revue de la littérature analysée est celle de Mueser et collab. (2005). Ils ont effectué une revue narrative de 26 ECR publiés entre 1994 et 2003 afin d'évaluer l'efficacité d'interventions destinées aux personnes de tout âge, vivant avec un trouble concomitant, et qui sont hébergées dans des ressources résidentielles transitoires ou des résidences supervisées. Les interventions évaluées dans cette revue n'ont pas été conçues spécifiquement pour cette population; elles sont habituellement appliquées pour l'un ou l'autre des troubles (santé mentale, dépendance aux substances). Ces interventions peuvent être dispensées sur une base individuelle comme dans le cas du counseling psychoéducatif, du counseling en 12 étapes, du counseling motivationnel, du counseling cognitivocomportemental et de l'entraînement aux habiletés sociales. Toutefois, si l'on se fie aux résultats présentés par Mueser et collab. (2005), ces interventions n'ont pas été comparées entre elles ou avec d'autres types d'intervention, ce qui limite la portée des résultats obtenus sur leur efficacité potentielle.

Mueser et collab. (2005) ont observé une diminution de l'abus de substances au moyen d'approches motivationnelles exercées à l'aide d'une thérapie individuelle dans trois des quatre études portant sur ces approches. Par ailleurs, la thérapie de groupe est associée à un comportement social où le soutien du groupe et la définition de nouvelles normes entre les participants permettent à chacun d'eux de compter sur ce type de thérapie pour s'en sortir. La thérapie de groupe est celle ayant donné les meilleurs résultats. En effet, dans six des sept ECR considérés, les auteurs ont observé une augmentation de la rétention des individus dans les services, une diminution de l'abus de substances et une motivation accrue des participants à ces études à ne pas rechuter.

Selon Mueser et collab. (2005, p.65), bien que ses effets sur cette population spécifique soient moins étudiés, la thérapie familiale est reconnue comme un type d'intervention psychosociale efficace pour traiter le trouble de consommation et le trouble de santé mentale. Cependant, aucun ECR en lien avec cette thérapie n'a été identifié par ces auteurs.

Ces derniers abordent également d'autres types d'interventions. C'est le cas des « interventions structurales » où les services de santé mentale et de toxicomanie, tels que la gestion de cas et les programmes de jour, sont offerts et comparés avec des traitements moins intensifs dispensés aux patients à l'externe. Les résultats sur ce type d'intervention n'indiquent aucune différence significative entre des approches intensives de gestion de cas intégrée et des interventions moins intensives. Considérant ces résultats, les auteurs concluent que les personnes avec un trouble concomitant ne retirent guère de bénéfice d'une approche de gestion de cas intensive.

Quant aux « interventions procédurales », comme la gestion de la contingence ou la gestion financière, elles opèrent par l'accumulation systématique d'incitations ou de non-incitations appliquées à des comportements spécifiques d'un individu dans le but de modifier son comportement et d'améliorer son adaptation fonctionnelle. Une seule étude à ce sujet donne des résultats prometteurs puisqu'une diminution du trouble de consommation de substances parmi les individus présentant un trouble concomitant a été observée. Or, avant cette étude, le trouble de santé mentale et le trouble de consommation de substances psychoactives avaient été considérés séparément dans les études sur ce type d'intervention.

Pour ce qui est des « interventions à vocation de réadaptation », elles visent à améliorer le fonctionnement psychosocial des individus présentant un trouble concomitant et qui éprouvent des difficultés à devenir abstinentes sans changer leurs habitudes de vie (développer de nouveaux liens sociaux, s'adonner à des activités n'impliquant pas la consommation de substances, etc.). Souvent intégré aux programmes pour les individus avec un trouble concomitant, il existe peu d'études sur ce type d'intervention pris isolément. Les résultats des quelques études sur l'efficacité de ce type d'intervention portent surtout sur le soutien à l'emploi. Sur cet aspect, les résultats indiquent que les « interventions à vocation de réadaptation »

s'avèrent efficaces pour que ces individus puissent réintégrer le marché du travail, même si les effets de ce type d'intervention sur la consommation de substances restent indéterminés.

Enfin, les « interventions résidentielles » offrent un service d'hébergement adapté aux personnes présentant un trouble concomitant. À partir des résultats de 10 ECR, Mueser et collab. (2005) mentionnent que ce type d'intervention est bénéfique puisqu'elle s'applique aux deux types de troubles (santé mentale, abus de substances). De plus, ces interventions sont flexibles, notamment par rapport aux normes d'établissement, ce qui favorise la stabilité résidentielle des occupants dont la durée de résidence est supérieure à un an en comparaison avec les établissements dont les normes d'occupation plus rigides favorisent les taux élevés d'inadmissibilité et d'abandon. En guise de conclusion, les auteurs mentionnent que les programmes résidentiels intégrés (incluant des services de santé et des services psychosociaux) peuvent améliorer plusieurs aspects de la vie des individus avec un trouble concomitant en comparaison avec des interventions résidentielles non intégrées.

La troisième revue est celle de Reif et collab. (2014) qui se sont donné comme objectif de réaliser une revue de la littérature afin d'examiner l'efficacité d'un « traitement résidentiel » intégré pour les adultes présentant un trouble sévère de consommation de substances ou un trouble concomitant.

Ce type d'intervention est dispensé dans des résidences supervisées et des communautés thérapeutiques. Selon ces auteurs, il comprend « l'hébergement dans une installation ou une résidence affiliée à un établissement de santé. L'encadrement clinique des résidents est assuré par un personnel professionnel formé en santé mentale et en toxicomanie. Le programme de soins est basé sur les politiques de l'établissement, des protocoles et procédures cliniques, et des rencontres de groupes (soutien) » (Reif et collab., 2014, p. 302, trad. libre)<sup>4</sup>.

Pour évaluer cette intervention, les auteurs tiennent compte du niveau d'intensité du service offert 24 heures sur 24. Ainsi un service de faible intensité correspond au soutien minimal nécessaire afin de prévenir ou de minimiser les risques de rechute ou la consommation continue de substances. Cela peut inclure une thérapie de groupe ou une intervention intensive dans la communauté. Un service de moyenne intensité est un traitement pour des personnes avec un trouble concomitant qui inclut des services répétitifs, à faible intensité ciblant la prévention des rechutes, la consommation continue de substances, et visant la réintégration de ces personnes dans la communauté. Enfin, un service d'intensité élevée est offert aux personnes aux prises avec divers problèmes qui nuisent à leur rétablissement comme des activités criminelles, des problèmes psychologiques et un fonctionnement global altéré. Ce niveau de soins inclut des services visant à diminuer le risque de rechute, à améliorer les comportements sociaux, à favoriser la réintégration dans la communauté et à développer des habiletés sociales pour surmonter les déficits fonctionnels (Reif et collab., 2014).

La revue de la littérature de Reif et collab. (2014) inclut huit revues (systématiques ou narratives) et 21 études (sept ECR, 14 études quasi expérimentales) publiées aux États-Unis entre 1995 et 2012. Ces auteurs comparent l'efficacité du « traitement résidentiel » intégré, qui est dispensé avec plus ou moins d'intensité, à des soins usuels moins intenses et à un « traitement résidentiel » non intégré.

Les résultats obtenus n'indiquent aucune différence significative concernant l'efficacité du « traitement résidentiel » en comparaison avec l'efficacité des autres types de traitement pour les personnes présentant un trouble sévère de consommation de substances psychoactives. Cependant, qu'il soit intégré ou non, le « traitement résidentiel » démontre une efficacité modérée sur différents aspects de la réadaptation

---

<sup>4</sup> Pour plus de détails sur le traitement résidentiel, voir le [glossaire](#).

pour la population présentant un trouble concomitant soit : une diminution de l'usage de l'alcool et de drogues, une hausse du taux d'emploi, une réduction des problèmes sociaux, une diminution des symptômes psychiatriques et une augmentation du soutien social. Les auteurs de cette revue concluent en l'efficacité du « traitement résidentiel » qu'il soit intégré ou non, mais émettent des limites sur la portée des résultats obtenus étant donné que les études ont été réalisées sans groupe témoin et en l'absence de mesures statistiques prétest post-test.

### 5.1.1.2 Étude primaire

Une seule étude primaire, soit celle de Chilton et collab. (2018) a été retenue. Il s'agit d'une étude quasi expérimentale de type avant/après sans groupe témoin. Les auteurs de cette étude ont évalué l'efficacité d'une thérapie de groupe psychoéducative incluse dans une offre de services intégrés par des cliniques externes en Grande-Bretagne. Cette approche a été adaptée à partir d'un manuel qui porte sur le rétablissement de la population qui vit avec un trouble concomitant. Plus précisément, ce « modèle de thérapie vise à accroître la capacité des participants à modifier leurs habitudes de consommation de substances psychoactives et à leur fournir des informations pertinentes sur les aspects du bien-être mental et physique. Le développement de compétences des participants à cette thérapie s'effectue par un processus d'apprentissage par seuil tel que la formation à l'affirmation de soi pour modifier les comportements inadaptés » (Chilton et collab., 2008, p. 6, trad. libre).

Pour évaluer l'efficacité de cette thérapie de groupe psychoéducative, Chilton et collab. (2008) ont recruté 80 participants par l'entremise d'équipes d'intervention dans la communauté. Parmi ces participants, 51 ont complété la thérapie de groupe (maximum de 12 participants par groupe) composée de séances de deux heures par semaine, pendant 10 semaines. Les résultats obtenus indiquent, d'une part, une réduction des symptômes et une amélioration du bien-être des participants ayant complété le programme. Les participants ne l'ayant pas complété présentaient pour leur part des symptômes négatifs, dépressifs, maniaques et une désorientation plus sévère, selon les différentes échelles de mesure utilisées (BPRS, HADS, WEMWBS). D'autre part, les auteurs observent aussi une légère baisse de la consommation des deux substances les plus consommées par cette population : l'alcool et le cannabis. Enfin, la consommation de cocaïne et de médicaments illicites (benzodiazépines, méthanol) a également diminué, mais pas la consommation d'héroïne. Les auteurs concluent en l'efficacité de cette thérapie de groupe psychoéducative pour améliorer le bien-être de la population présentant des troubles concomitants.

## 5.1.2 Programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) (Managed Alcohol Programs ou MAP)<sup>5</sup>

Ce type de programme a été développé au Canada. Il a depuis été implanté dans quelques villes canadiennes et, plus récemment, à l'étranger.

Au Canada, le premier PGCA a été initié en 1996 à la Seaton House, une résidence temporaire pour sans-abri à Toronto, en réaction au décès par hypothermie de trois itinérants dans cette ville. Les PGCA sont offerts dans des lieux temporaires comme des gîtes ou des refuges, mais les ressources résidentielles provisoires ou permanentes sont celles où ce type de programme est le plus présent.

Chacun des établissements où les PGCA sont implantés développe ses propres politiques et lignes directrices en collaboration avec le personnel, les résidents et leurs proches. Les normes et politiques

<sup>5</sup> Voir la définition de ce terme dans le [glossaire](#).

des lieux d'hébergement doivent être discutées avec chacun des nouveaux résidents à l'étape de l'admission; elles sont incluses dans le plan de gestion de l'alcool de ce résident qui se voit également remettre un document sur ses droits. Le processus d'admission est également le moment propice pour discuter des modalités de consommation en dehors des murs de la résidence par les résidents. Cette politique dépend du modèle de PGCA, de l'intensité des soins offerts et de la surveillance requise. La politique doit aussi prévoir une révision du plan d'intervention avec un résident qui répéterait des comportements ne respectant pas le plan de traitement initial. Si ce genre de situations se répètent, le plan d'intervention doit être revu avec le résident concerné. L'implantation de politiques sur la consommation d'alcool à l'extérieur de la résidence doit se faire selon une approche non punitive. Elle doit plutôt miser sur l'acquisition d'un comportement de consommation sécuritaire. Ainsi, plusieurs participants du PGCA ont recours au cannabis pour gérer leurs crises de sevrage, alléger la douleur, l'anxiété et l'insomnie. Au sujet des procédures du PGCA sur l'utilisation d'autres substances que l'alcool, les auteurs d'un cadre de référence recommandent que des informations sur les risques et les bénéfices d'utiliser le cannabis à ces fins soient fournies aux participants (BCCSU-CISUR, 2023).

Le PGCA a fait l'objet de plusieurs revues de la littérature et d'un cadre de référence pour son élaboration, sa mise en œuvre et son implantation.

### 5.1.2.1 *Revue de la littérature*

Les auteurs de deux revues systématiques assez récentes ont évalué l'efficacité du PGCA. La première est celle de Mattison et collab. (2019). Celle-ci consiste en une revue rapide sur l'efficacité des PGCA ainsi que les caractéristiques de ceux implantés au Canada et à l'étranger. Les auteurs ont retenu neuf publications portant sur 23 PGCA localisés dans cinq provinces canadiennes : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario. Ces publications sont de différents types : deux revues de la littérature (revue systématique, examen de la portée), cinq études primaires, un commentaire et un rapport. Il s'agit d'évaluer l'efficacité du PGCA pour des personnes adultes ayant un trouble sévère de dépendance à l'alcool, incluant des personnes sans-abri, des personnes âgées et celles appartenant aux Premières Nations. Ces personnes, dont les caractéristiques ne sont pas davantage précisées, habitent soit dans des résidences supervisées, soit dans des ressources résidentielles transitoires.

Les résultats obtenus par Mattison et collab. (2019) concernent autant les effets sur la réadaptation psychosociale des participants que sur leur consommation d'alcool ou de drogues. Aucun comparateur n'a été pris en compte par ces auteurs. La durée et la fréquence des interventions visant la consommation d'alcool varient selon les études : une gestion de la dose au rythme de trois fois par jour, jusqu'à une dose au 90 minutes entre huit heures le matin et 23 heures le soir. Dans l'une des études primaires considérées par ces auteurs, il est fait mention d'une efficacité significative du PGCA en termes de réduction de la consommation d'alcool (de 46 à huit consommations) sur une base mensuelle (Podymow et collab., 2006 dans Mattison et collab., 2019), d'une réduction des incidents liés à la consommation d'alcool (Stockwell et collab. 2018 dans Mattison et collab. 2019), d'une réduction de 41 % des contacts avec la police, d'une réduction de 31 % des admissions à l'hôpital, et d'une réduction de 87 % des admissions dans un service de désintoxication en comparaison avec les personnes n'ayant pas participé à un PGCA (Vallance et collab., 2016 dans Mattison et collab. 2019).

Les auteurs mentionnent aussi les économies potentielles que ce type d'intervention apporte pour les services de santé. En effet, une analyse réalisée par le Centre de gestion de l'alcool à Thunder Bay (Ontario) estime un gain variant entre \$ 1.09 et \$ 1.21 pour chaque dollar investi dans le PGCA (Hammond et collab., 2016 dans Mattison et collab., 2019).



Quant aux PGCA implantés à l'extérieur du Canada, ces auteurs mentionnent qu'ils ne sont pas en vigueur en ce qui concerne les ressources d'hébergement externes ou intermédiaires, bien que certains pays, dont l'Australie, envisagent d'en implanter.

Une autre revue de la littérature sur ce type de programme est celle menée par Smith-Bernardin et collab. (2022). Ils ont analysé différents types de publications (éditoriaux, commentaires, études primaires et secondaires) pour réaliser un examen de la portée (*scoping review*) sur l'efficacité des PGCA offerts au Canada. La population incluse dans les études primaires et secondaires considérées est composée d'adultes avec un trouble sévère de consommation d'alcool. Parmi ces personnes, certaines ont soit un historique de consommation abusive d'alcool ou un statut de sans-abri. Ces personnes ont eu de nombreuses visites dans une urgence hospitalière et des démêlés avec la justice. Au total, ce sont 32 publications parues entre 2006 et 2021 et portant sur 38 PGCA qui sont considérées dans cette revue. Ces PGCA sont implantés dans des résidences supervisées, des gîtes, des centres de jour et des services mobiles.

Les résultats présentés par Smith-Bernardin et collab. (2022) sont basés sur la comparaison entre la période précédant l'intervention (PGCA) et celle pendant l'intervention, dont la durée et la fréquence varient selon les études. La santé des clients, la réduction des méfaits et les problèmes liés à la consommation d'alcool sont les principaux résultats considérés. Les auteurs de cette revue ont regroupé ces résultats autour de quatre catégories :

- 1) Les résultats mesurables issus de 14 études quantitatives : Observant une amélioration de la qualité de la vie chez les participants aux PGCA, ce type de programme contribuerait à améliorer leur santé physique. De plus, la diminution des habitudes de consommation d'alcool réduirait les problèmes (méfaits) qui y sont couramment associés. Enfin, selon leurs propres perceptions de leur santé, les participants aux PGCA notent une amélioration de leur bien-être qui se traduirait par un sentiment d'autodétermination, un sentiment de sécurité et une meilleure intégration sociale (sentiment d'appartenance à la communauté, diminution de la culpabilité et de la honte en raison de l'environnement non stigmatisant des PGCA).
- 2) La plupart des interventions basées sur les PGCA offrent une résidence permanente à leurs participants. Lorsque disponibles, les données à ce sujet indiquent une hausse de la durée d'occupation (stabilité) du lieu d'hébergement pour les participants qui utilisent davantage les services de santé et les services psychosociaux. Toutefois, d'après Smith-Bernardin et collab. (2022), en dehors de ce type de programme pour les résidences permanentes, il existerait peu d'évidence sur l'efficacité des PGCA.
- 3) En ce qui a trait à la faisabilité et au développement des PGCA dans les communautés, la littérature examinée par les auteurs de cette revue indique que le succès de ce type de programme requiert la participation de ceux auquel il est destiné, ainsi que celle des membres de la communauté dans lequel il est implanté.
- 4) Parmi les recommandations pour assurer l'implantation d'un PGCA, les auteurs ont énoncé les suivantes :
  - Séparer les clients stabilisés des nouveaux clients;
  - Aménager les lieux pour en faciliter l'accès;

- Ajouter des espaces d'entreposage additionnels et du personnel pour la distribution de l'alcool aux clients;
- Favoriser l'intégration des individus de la communauté LGBTQ+ parmi les participants du PGCA;
- Assurer une meilleure communication entre le personnel et la clientèle, et entre eux avec la communauté.

### 5.1.2.2 Cadre de référence

Récemment, le Centre de la Colombie-Britannique sur l'usage de substances (*British Columbia Centre on Substances Use* ou BCCSU) et l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (*Canadian Institute for Substances Use Research* ou CISUR) ont produit conjointement un cadre de référence pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'implantation des PGCA. Dans ce document daté de juillet 2023, les auteurs appuient leurs propositions sur des études scientifiques et des articles issus de la littérature grise qui ont été publiés à ce sujet entre 1990 et 2021.

Parmi ces publications, on compte trois revues systématiques et sept études primaires. Ces publications portent sur des ressources résidentielles permanentes ou provisoires, incluant une offre d'aliments et de services sociaux et de santé, pour des personnes avec un trouble de consommation d'alcool auquel s'ajoute parfois un trouble de santé mentale. D'autres lieux d'hébergement temporaires dans la communauté tels que des gîtes et des sites d'injection supervisés sont également inclus dans cette littérature.

#### a) Revues systématiques

Une synthèse des résultats de trois revues systématiques est présentée dans ce cadre de référence, soit celles de Muckle et collab. (2012), de Ezard et collab. (2015), ainsi que celle présentée ci-haut de Smith-Bernardin et collab. (2022)<sup>6</sup>.

Dans l'une d'elles, soit la revue Cochrane de Muckle et collab. (2012), l'efficacité du PGCA pour la réduction des méfaits (consommation excessive d'alcool, usage de substances, violence, usage d'alcool impropre à la consommation) est comparée à celle liée à l'autogestion de la consommation d'alcool, l'intervention brève et l'abstinence avec le soutien de pairs ou de fournisseurs de services (p. ex., le programme en 12 étapes). L'absence de résultats obtenus par les auteurs de cette revue s'explique du fait qu'aucun ECR n'a pu être identifié à partir des critères d'inclusion des études. Les auteurs évoquent également l'hétérogénéité des résultats mesurés (réduction des méfaits vs abstinence ou diminution de l'usage de l'alcool).

L'autre revue de la littérature a été réalisée dans le cadre d'une étude de faisabilité par Ezard et collab. (2015) en vue de l'implantation de PGCA à Sydney (Australie). La revue systématique inclut 14 études sur les effets du PGCA sur les niveaux de consommation d'alcool et sur l'adhésion au programme, la fréquence des contacts avec la police, les visites à l'urgence hospitalière et les liens avec les services psychosociaux et médicaux. Les résultats indiquent un faible niveau d'évidence du PGCA sur la diminution des événements d'intoxication et du nombre de breuvages consommés par jour. Cependant, les contacts avec la police ont diminué dans une proportion variant entre 43 % et 51 % et les visites à l'urgence ont diminué de 93 %. Aussi, pendant leur participation au PGCA, entre 83 % et 89 % des clients ont reçu des soins autres que médicaux. Les auteurs concluent que

<sup>6</sup> Le choix d'évaluer individuellement la revue de Smith-Bernardin et collab. (2022) plutôt que de s'en tenir aux résultats présentés à son sujet dans le cadre de référence du BCCSU-CISUR (2023) s'explique du fait que ces résultats sont peu détaillés dans ce cadre de référence.

le PGCA peut répondre aux besoins de ces participants, pour la plupart, des personnes en situation d'itinérance.

## b) Études primaires

Les auteurs du cadre de référence rapportent aussi sept études d'observation presque exclusivement canadiennes et menées par le *Canadian Managed Alcohol Programs Study*. Ces études portent sur les PGCA offerts dans des logis temporaires (gîtes, refuges, etc.) et dans des ressources résidentielles permanentes ou provisoires. Ces programmes sont destinés aux personnes avec un trouble sévère de consommation d'alcool et en situation d'instabilité résidentielle.

Les devis de ces sept études sont variés (étude qualitative, études quasi expérimentales : longitudinales, prépost intervention, étude de cohorte), tout comme le nombre de participants à ces études qui se situe entre 7 et 133, pour un grand total de 845 personnes (531 participants au PGCA et 314 participants aux groupes témoin). Ces études portent sur les PGCA implantés dans des ressources résidentielles d'une ou de plusieurs villes canadiennes (aucune au Québec), sauf dans un cas où il s'agit d'un gîte. Ces études visent à examiner les impacts du PGCA sur les habitudes de consommation d'alcool et les méfaits qui en résultent, la stabilité résidentielle, les changements à l'état de santé des participants, l'accès et l'utilisation des services de santé (p. ex., visites à l'urgence, hospitalisation, services psychosociaux) et les contacts avec la police. Bien que non mentionnée dans certaines études, la durée de l'intervention, lorsqu'indiquée, est variable.

Dans quatre des sept études mentionnées, soit celles de Stockwell et collab. (2018), Stockwell et collab. (2021), Vallance et collab. (2016) et de Zhao et collab. (2021), un groupe témoin dont les individus possèdent les mêmes caractéristiques que les participants aux PGCA et répondant aux critères d'admissibilité à ces programmes, sans pour autant y être inscrits, a été utilisé pour fin de comparaison des effets du PGCA.

Si l'on considère les résultats des études comparatives (participants aux PGCA versus un groupe témoin), celles menées par Stockwell (2018, 2021) indiquent que les effets bénéfiques des PGCA se manifestent par une diminution de la consommation d'alcool et une diminution des méfaits à court terme (activités illégales, problèmes sociaux, consommation de drogues illicites, vols de boissons alcoolisées, vols dans des résidences, etc.). Ces auteurs observent également une meilleure gestion de l'argent des participants aux PGCA pour l'achat d'alcool et leur engagement assidu dans les traitements offerts chez les participants à long terme du PGCA.

Pour leur part, Vallance et collab. (2016) évaluent non seulement la consommation d'alcool et les méfaits, mais aussi la stabilité résidentielle, les contacts avec la police et les liens avec les services de santé. Ces auteurs constatent une diminution de la quantité d'alcool impropre à la consommation chez les 18 participants des PGCA (4.3/jour vs 12.4/jour pour le groupe témoin) sans toutefois observer une diminution des méfaits (problèmes légaux, vie quotidienne, crises de sevrage, etc.) et ce, en comparaison avec le groupe témoin composé de 20 personnes. Ces auteurs observent également chez les participants aux PGCA une diminution de 43 % des contacts avec la police, de 47 % des visites à l'urgence hospitalière et de 70 % des admissions à un programme de désintoxication. Tout comme pour l'étude de Stockwell et collab. (2018), Vallance et collab. (2016) constatent une plus grande stabilité résidentielle : c'est le cas de 72 % des participants à 13 PGCA alors que les participants au groupe témoin vivent davantage l'itinérance.



Enfin, considérant les périodes avant, pendant et après la participation aux PGCA, Zhao et collab. (2021) s'intéressent aux impacts du PGCA sur l'état de santé des participants. Ces auteurs observent également une diminution des visites à l'urgence hospitalière et du temps d'hospitalisation (12.7 jours vs 20.0 jours/année pour le groupe témoin) ainsi que du risque de mortalité chez les participants à ces programmes.

Pour ce qui est des résultats des études sans groupe témoin, Pauly et collab. (2013, 2019) obtiennent des résultats similaires à ceux obtenus par les auteurs déjà mentionnés concernant la réduction de la consommation d'alcool et la réduction des méfaits associés à cette consommation (fonctionnement social, problèmes financiers, crises de sevrage). Ces résultats sont basés sur des entretiens menés auprès de participants à un PGCA et de membres du personnel des résidences où il est implanté. Pauly et collab. (2013, 2019) observent aussi un meilleur état de santé des participants aux PGCA, un accès facilité aux services de santé et aux services psychosociaux, et davantage de soutien social (réseau social). Dans l'étude de 2019 de Pauly et collab., les répondants mentionnent qu'avant leur participation aux PGCA, leurs vies étaient marquées par un long cycle d'itinérance (instabilité résidentielle), et que l'abstinence de consommation d'alcool était un obstacle pour obtenir des services de santé et des services psychosociaux. Le PGCA aurait brisé ce cycle en leur offrant une stabilité résidentielle, des soins de santé adéquats, et du soutien sans prérequis d'abstinence.

Les résultats obtenus par Podymow et collab. (2006) vont dans le même sens que ceux de Pauly et collab. (2013, 2019) pour ce qui est de la diminution de la consommation d'alcool et d'une plus grande utilisation des soins de santé par les participants aux PGCA. Une amélioration de l'alimentation et de l'hygiène de ces derniers a également été observée. Par ailleurs, ces auteurs ont observé une diminution de 51 % du nombre de contacts avec la police et de 40 % (moyenne mensuelle) des visites à l'urgence. Aucune différence significative n'a toutefois été observée au sujet du niveau de concentration d'alcool dans le sang tel que mesuré avant et pendant la participation aux PGCA à partir des résultats des tests sanguins des participants à ces programmes.

En résumé, la plupart des auteurs de ces études d'observation concluent que les PGCA sont efficaces, car ils permettraient à leurs participants :

- a) de réduire la consommation d'alcool et d'alcool impropre à la consommation;
- b) de faciliter l'accès aux services de santé de base;
- c) de se loger dans une résidence sécuritaire et stable où ils peuvent développer des liens sociaux;
- d) d'améliorer leur état de santé mentale et physique et;
- e) de réduire les méfaits associés à la consommation.

## 6. Discussion

Cette évaluation vise à examiner les effets engendrés par des pratiques exemplaires de réduction des méfaits sur la réadaptation psychosociale de personnes hébergées dans des milieux de vie substitués en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues.

D'emblée, une première remarque au sujet de ces publications est leur faible nombre. Il faut dire que le profil de la population cible – des adolescents ou des adultes ayant été hospitalisés en raison d'un trouble de santé mentale grave, avec ou sans trouble de consommation associée – et les milieux de vie substitut en santé mentale peuvent avoir joué sur ce résultat. Ainsi, l'exclusion de certains types d'interventions déployées dans des sites d'injection supervisée ou dans les milieux de vie de type « Logement d'abord » (*Housing First*), dans les gîtes, des refuges et d'autres types de logis souvent destinés aux personnes en situation d'itinérance, a sans doute influencé le nombre de publications retenues. Malgré l'exclusion de ces types d'hébergement et des personnes itinérantes, on en retrouve à l'occasion dans quelques-unes des publications analysées dans le présent rapport d'évaluation.

Dans l'ensemble, les résultats et les conclusions présentées par les auteurs des sept publications retenues rendent compte d'effets bénéfiques pour la population ciblée par des interventions s'inscrivant dans l'approche de réduction des méfaits. Cependant, l'efficacité des interventions sur les personnes avec un trouble concomitant varie selon les études analysées.

En effet, si l'on en juge des résultats obtenus par Chilton et collab. (2018) et par Hunt et collab. (2019), l'efficacité de divers types d'interventions psychoéducatives et psychosociales sur l'état de bien-être, la réadaptation psychosociale (qualité de vie, fonctionnement global) et la consommation d'alcool ou de drogues de cette population serait de faible ampleur (Chilton et collab., 2018), voire guère plus efficace que les soins usuels (Hunt et collab., 2019).

Les résultats obtenus par Mueser et collab. (2005) et par Reif et collab. (2014) sont plus probants. Selon Mueser et collab. (2005), à l'exception des « interventions structurelles » (gestion de cas, programmes de jour), tous les types d'interventions considérées dans leur étude donnent des résultats positifs significatifs. Ces interventions destinées aux personnes avec un trouble concomitant sont bien connues par les intervenants des services de santé, car elles sont couramment utilisées auprès de personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Aussi, les interventions psychosociales visant la réduction des méfaits dans les milieux de vie substitut, surtout celles offrant des services intégrés (services de santé, services psychosociaux), offriraient une flexibilité qui favoriserait la stabilité résidentielle et une meilleure qualité de vie pour les résidents. Quant à Reif et collab. (2014), contrairement à Mueser et collab. (2005), le fait que le traitement résidentiel soit intégré ne se démarquerait pas d'autres types de traitement (soins usuels moins intenses, interventions psychosociales en milieux de vie non intégrés). En effet, que le traitement résidentiel soit intégré ou non, Hunt et collab. (2005) observent une efficacité modérée des interventions psychosociales dans les milieux de vie. Les bénéfices des interventions psychosociales se traduiraient par une réduction de la consommation d'alcool ou de drogues, des problèmes sociaux et des symptômes psychiatriques de la population cible. Par ailleurs, ces auteurs observent une hausse du taux d'emploi et du soutien social chez celle-ci.

Les résultats des revues de la littérature sur les PGCA convergent davantage entre eux concernant les effets bénéfiques de ces programmes. Ainsi, les revues de Mattison et collab. (2019) et de Smith-Bernardin et collab. (2022) mettent en évidence l'efficacité des PGCA sur la réduction de la consommation d'alcool et de drogues, sur les méfaits engendrés par celle-ci (démêlés avec la justice, admissions à

l'hôpital, etc.) ainsi que sur la stabilité résidentielle des participants aux PGCA implantés là où existe une offre de résidence permanente. Quant au cadre de référence du BCCSU-CISUR (2023) sur les PGCA au Canada qui sont offerts dans différents types de résidences provisoires (incluant les gîtes et les refuges pour les personnes en situation d'itinérance) ou permanentes (avec services intégrés), il est aussi basé sur une revue de la littérature sur ce type de programme au Canada. Dans l'ensemble, les résultats des publications incluses dans ce cadre de référence démontrent également les effets bénéfiques des PGCA sur la réduction de la consommation d'alcool ou de drogues, la réduction des méfaits, tout en assurant une stabilité résidentielle et une meilleure qualité de vie en général aux participants à ces programmes.

Signalons cependant que les études sur les PGCA tiennent peu compte des problèmes de santé mentale que peuvent présenter les participants à ces programmes, une situation qui n'est pourtant certes pas étrangère à ces personnes. Cela fait en sorte que nous ne pouvons pas nous prononcer avec certitude sur l'efficacité d'une intervention en particulier (pratique exemplaire) pour la population avec un trouble concomitant de santé mentale et de consommation de substances dans le cas des PGCA.

Par ailleurs, la qualité méthodologique de ces sept publications varie passablement selon les résultats des grilles d'évaluation que nous avons utilisées dans le présent rapport. Comme l'indique le tableau 2, trois d'entre elles sont de bonne qualité (BCCSU-CISUR, 2023; Hunt et collab., 2019; Smith-Bernardin, 2022<sup>7</sup>), deux autres sont de qualité moyenne (Mattison et collab., 2019; Reif et collab., 2014) et deux publications sont de faible qualité (Chilton et collab., 2018, Mueser et collab., 2005). À noter que la synthèse des résultats de ces publications n'a pas établi sur la base de la hiérarchie des preuves selon les types de devis d'étude, de manière à ne pas atténuer la portée des études qualitatives que l'on retrouve en grand nombre dans la majorité des publications retenues, dont celles incluses dans les revues de divers types (systématique, narrative, rapide).

---

<sup>7</sup> Rappelons que la revue de Smith-Bernardin et collab. (2022) est incluse dans le cadre de référence du BCCSU-CISUR (2023), mais que les résultats sont peu détaillés dans cette revue. C'est pourquoi nous avons choisi d'analyser séparément la revue de Smith Bernardin et collab. (2022).

**Tableau 2 : Qualité méthodologique des publications selon le type de devis et de programme/intervention de réduction des méfaits**

Devis/Auteur	Intervention/Programme de réduction des méfaits	Qualité méthodologique
<b>Interventions psychosociales</b>		
Revue systématique (Hunt et collab., 2019)	1) Services de soins intégrés (SSI) 2) Thérapie cognitivocomportementale (TCC) 3) Entretien motivationnel (EM) 4) Combinaison TCC et EM 5) Entraînement aux habiletés sociales (EHS)	Bonne qualité
Revue narrative (Reif et collab., 2014)	Traitement résidentiel (intégré ou non intégré)	Qualité moyenne
Étude prétest post-test sans condition témoin (Chilton et collab., 2018)	Thérapie psychoéducatrice	Faible qualité
Revue narrative (Mueser et collab., 2005)	1) Thérapie individuelle 2) Thérapie de groupe 3) Thérapie familiale 4) Intervention structurelle 5) Intervention procédurale 6) Interventions de réadaptation vocationnelle 7) Intervention résidentielle	Faible qualité
<b>Programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA)</b>		
Cadre de référence (BCCSU-CISUR, 2023) dont :		Bonne qualité
Examen de la portée (Smith-Bernardin et collab., 2022)		Bonne qualité
Revue rapide (Mattison et collab., 2019)		Qualité moyenne

Aussi, malgré la bonne qualité sur le plan méthodologique des publications du BCCSU-CISUR (2023), de Hunt et collab. (2019), et de Smith-Bernardin et collab. (2022), plusieurs études incluses dans leurs revues de la littérature n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité méthodologique par les auteurs de ces revues.

En fait, parmi les six revues de la littérature retenues pour la présente évaluation (le septième article étant une étude primaire), le risque de biais des études primaires qui y figurent a été évalué par les auteurs de seulement deux de ces revues. Les résultats obtenus par ces deux auteurs indiquent que le risque de biais est soit moyen (Reif et collab., 2014), soit élevé (Hunt et collab., 2019). Ces deux auteurs ont repéré certaines lacunes d'ordre méthodologique dans ces études, dont des échantillons de petite taille, l'absence de mesures quantitatives et l'absence d'un groupe témoin (comparateur).

De plus, lorsque mentionnées, la durée et la fréquence des interventions varient passablement dans les sept publications considérées, ce qui limite la comparaison des résultats. Enfin, dans le cas des publications sur le PGCA, il existe un biais dans la convergence des résultats des revues et des études incluses dans celles-ci. En effet, non seulement les publications sur le sujet sont peu nombreuses, mais les mêmes auteurs y collaborent souvent; ce qui laisse supposer qu'ils partagent une orientation commune sur le sujet.

En résumé, de tels résultats incitent à se montrer très prudent quant à l'interprétation des auteurs de l'ensemble des publications considérées ici au sujet de l'efficacité des programmes ou des interventions considérés.

Un autre point qui a retenu notre attention est l'absence de politiques ou de normes d'établissement, basées sur la réduction des méfaits, encadrant la consommation d'alcool ou de drogues à l'extérieur des lieux d'hébergement des résidents qui vivent avec un TGSM et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues. Le seul document qui aborde ce sujet est le cadre de référence sur les PGCA (BCCSU-CISUR 2023, p. 82). Ses auteurs proposent qu'une politique de consommation d'alcool à l'extérieur des lieux d'hébergement des participants aux PGCA soit clairement établie afin de prévenir les méfaits possibles. D'après ces auteurs, il faut repenser le plan d'intervention en conséquence et adopter une approche non punitive de manière à encourager la rétention des clients et de promouvoir des habitudes de consommation sécuritaires.

Pour terminer, soulignons l'implantation au cours des dernières années de PGCA dans plusieurs pays, notamment pour les personnes en situation d'itinérance. Au Québec, les résultats issus d'une revue systématique sur les PGCA convergent avec ceux mentionnés dans le présent rapport d'évaluation (Flores-Aranda et Toussaint, 2018). L'implantation potentielle de PGCA à Montréal a aussi été documentée et soutenue par un guide de pratique (Tremblay et collab., 2016). Toutefois, la consommation d'alcool ou de drogues à l'extérieur des lieux d'hébergement temporaire n'a pas été abordée dans ces publications. Sur cet aspect, seule, l'idée d'une campagne d'information visant à répondre aux préoccupations du voisinage est mentionnée dans le rapport d'implantation (Robitaille et Toussaint, 2020).

## 7. Limites de l'évaluation

D'emblée, l'absence d'une collecte de données contextuelles et expérientielles pour compléter les données scientifiques issues de la littérature limite la contextualisation de la présente évaluation. Aussi, malgré l'exclusion de certains types d'interventions offertes dans des services d'hébergement temporaire (gîtes, refuges, etc.) destinés aux personnes en situation d'itinérance, on retrouve certaines de ces ressources et de ces personnes itinérantes parmi les participants aux programmes ou aux interventions incluses dans les publications analysées dans le présent rapport d'évaluation. Il n'a donc pas été possible de les soustraire de l'analyse des données, ce qui induit un biais dans les résultats présentés ici, car ils ne portent donc pas uniquement sur la population cible : les personnes hébergées dans des milieux de vie substitut en santé mentale et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues.

Les publications retenues sur le PDGA dans le présent rapport omettent de fournir des informations sur les problèmes de santé mentale que peuvent présenter les participants à ces programmes. En l'absence de telles informations, on ne peut porter un jugement éclairé sur l'efficacité de ce type d'approche de réduction des méfaits pour la population cible.

Enfin, le niveau de preuve pour chacun des résultats d'intérêt n'a pas été évalué étant donné le faible nombre de publications retenues et l'absence de mesure de biais par les auteurs des études incluses dans les revues de la littérature retenues pour la présente évaluation.

Pour toutes ces raisons, les résultats présentés ici doivent être interprétés avec circonspection.



## 8. Conclusion

Cette évaluation visait à identifier des pratiques exemplaires de réduction des méfaits dans les ressources résidentielles externes en santé mentale. Force est de constater qu'elles sont peu nombreuses lorsqu'il est question de ressources d'établissement offrant divers types d'hébergement pour une clientèle vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et, parfois, de dépendance à la drogue ou à l'alcool.

Si l'on se fie aux publications dont la qualité méthodologique a été évaluée comme étant « bonne » : on peut en conclure qu'à première vue, les résultats des publications considérées sont mitigés.

En effet, d'une part, les travaux de Hunt et collab. (2019) sur les interventions psychosociales, ainsi que ceux de Ezard et collab., 2015 (dans BCCSU-CISUR, 2023) sur le PGCA indiquent un effet de faible intensité, voire d'intensité nulle sur la consommation d'alcool ou de drogues et sur le fonctionnement global des participants à ces programmes qui s'inscrivent dans une perspective de réduction des méfaits.

D'autre part, d'autres auteurs obtiennent des résultats qui témoignent d'une augmentation du soutien social, d'une réduction des problèmes sociaux ainsi que d'une meilleure intégration sociale des participants au PGCA (Smith-Bernardin et collab., 2022; Ezard et collab., 2015 dans BCCSU-CISUR, 2023; Stockwell et collab., 2018 et 2021 dans BCCSU-CISUR, 2023), ainsi que d'une augmentation de la rétention dans les services offerts et dans le traitement Programme de gestion de l'alcool (Stockwell et collab., 2018 et 2021 dans BCCSU-CISUR, 2023). De plus, certains de ces auteurs ont observé une réduction des symptômes mentaux et une amélioration du bien-être des participants aux PGCA (Smith-Bernardin et collab., 2022) et une diminution de l'abus de substances ainsi que du trouble de consommation chez ceux-ci (Smith-Bernardin et collab., 2022; Stockwell et collab., 2018 et 2021 dans BCCSU-CISUR, 2023).

Par ailleurs, la majorité des auteurs des sept études d'observation (avec des devis d'étude variés) sur les programmes de gestion de l'alcool (PGCA) et qui sont incluses dans le cadre de référence de BCCSU-CISUR (2023) concluent que les PGCA sont efficaces, car ils permettraient à leurs participants :

- ▶ de réduire leur consommation d'alcool et d'alcool impropre à la consommation;
- ▶ de leur faciliter l'accès aux services de santé de base;
- ▶ de se loger dans une résidence sécuritaire et stable où ils peuvent développer des liens sociaux;
- ▶ d'améliorer leur état de santé mentale et physique, et
- ▶ de réduire les méfaits en conséquence.

De façon générale, les interventions identifiées dans les publications analysées sont déjà reconnues pour avoir été utilisées avec succès auprès de personnes vivant avec un TGSM (p. ex. thérapie cognitivocomportementale, entretien motivationnel, l'entraînement aux habiletés sociales, la thérapie psychoéducative). Or, une fois utilisées auprès des personnes qui résident dans des milieux de vie substitut en santé mentale et qui présentent un trouble concomitant (santé mentale, dépendance à l'alcool et aux drogues), la plupart de ces interventions s'avèrent également efficaces pour la réadaptation psychosociale de ces personnes.

Cette efficacité se manifeste par une réduction des symptômes mentaux et une amélioration du bien-être, une augmentation du soutien social, une réduction des problèmes sociaux et une meilleure intégration

sociale, une diminution de l'abus de substances et du trouble de consommation, une réintégration sur le marché du travail et une hausse du taux d'emploi, une augmentation de la rétention dans les services offerts et dans le traitement, et une amélioration de la motivation à ne pas rechuter. À l'inverse, la quasi-absence d'effet sur la consommation d'alcool ou de drogues, et sur le fonctionnement global de ces personnes par différents types d'intervention a été mentionnée dans la revue systématique de Hunt et collab. (2019).

Les résultats entre les études concernant l'efficacité des programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) en vigueur dans des ressources d'hébergement permanent ou temporaire sont convergents. L'impact positif du PGCA se manifeste principalement par la diminution de la consommation d'alcool et de drogues, la réduction des méfaits et une plus grande stabilité résidentielle pour les participants aux PGCA. Toutefois, dans la littérature sur le PGCA, les troubles de santé mentale passent sous le radar. Il n'en est fait guère mention malgré la forte possibilité pour les participants à ces programmes de vivre avec un TGSM.

Un autre aspect, plus spécifique, qui demeure peu traité dans cette littérature est la consommation de drogues ou d'alcool à l'intérieur ou en dehors des murs d'une ressource d'établissement offrant de l'hébergement temporaire ou permanent, et l'impact de cette consommation sur le voisinage immédiat. La légalisation du cannabis au Canada en 2018 change la donne pour le personnel des services de santé et des services sociaux qui intervient auprès des résidents de ressources d'établissement externes qui peuvent désormais consommer légalement du cannabis en dehors des murs de ces lieux.

Dans le cas du Québec, en particulier de la Ville de Montréal, des amendements à la réglementation québécoise sur la consommation de cannabis dans les espaces publics permettraient sans doute de clarifier la situation actuelle qui reste problématique pour toutes les personnes impliquées, dont les gestionnaires, et les intervenants des ressources résidentielles en santé mentale ainsi que leurs résidents qui présentent ou peuvent présenter un trouble concomitant. Conséquemment les pratiques de gestion de la consommation de cette drogue pourront être révisées et une meilleure cohérence dans les pratiques d'intervention pourra être envisagée pour ce type de ressources d'hébergement destinées aux personnes vivant avec un TGSM et qui présentent une consommation à risque ou problématique à l'alcool et aux drogues.

Cette réalité reste un sujet qui pourrait faire l'objet de recherches et qui permettrait ainsi d'informer les gestionnaires et les intervenants de ces ressources résidentielles sur les orientations à définir, les procédures et les pratiques à adopter en conséquence. Fait à noter, les responsables d'organismes qui font la promotion de l'implantation de PGCA dans des gîtes, refuges, etc. pour les personnes en situation d'itinérance (visible) à Montréal se retrouvent, jusqu'à un certain point, également confrontés aux conséquences de cette légalisation du cannabis. Une concertation sur cette question entre les responsables de ces organismes et les responsables des ressources d'établissement destinées à l'hébergement externe en santé mentale à l'IUSMM pourrait s'avérer féconde.

## 9. Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2015). *Plan de transformation régional 2013-2018. Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal*. Direction des programmes-services.  
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2435244>
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAÉS).(2000). *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*.  
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
- Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). (2019). *Mémoire de l'Association des intervenants en dépendance du Québec. Sur le projet de loi no2. Loi resserrant l'encadrement du cannabis*. [https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYGe16smuR54TfY2UDtgXaZp/asset/files/AIDQ/Publications/Avis\\_rapports\\_et\\_memoires/Memoire\\_Projet\\_Loi\\_2\\_AIDQ\\_Fevrier\\_2019.pdf](https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYGe16smuR54TfY2UDtgXaZp/asset/files/AIDQ/Publications/Avis_rapports_et_memoires/Memoire_Projet_Loi_2_AIDQ_Fevrier_2019.pdf)
- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (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://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale2015H00F00.pdf](https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf)
- Benmarhnia, T. et Fuller, D. (2019). Les méthodes quasi expérimentales. L'effet de l'âge légal minimum sur la consommation d'alcool chez les jeunes aux États-Unis dans Ridde, V. et Dagenais, C. (dir.), *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées*. (p.241-254)Éditions science et bien commun et IRD éditions.  
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evalsantemondiale/chapter/quasiexperimentales/>
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: Sources, situations, pratique*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. [https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-me-faits-sources-situation-pratiques\\_dec-1997.pdf](https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-me-faits-sources-situation-pratiques_dec-1997.pdf)
- Brisson, P. (2012). *L'approche de réduction des méfaits*. Institut national de santé publique du <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>
- British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) et Canadian Institute for Substance Use Research (CISUR). (2023). *Managed Alcohol Programs – Canadian Operational Guidance Document* [www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder/managed-alcohol](http://www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder/managed-alcohol)
- Chilton, J., Crone, D. et Tyson, P. J. (2018). Clinical Outcomes From a 10-Week Follow-Up Psychoeducational Program for Dual Diagnosis. *J Dual Diagn*, 14(2), 102-110.  
<https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1431420>
- Claude, G. (2019). Étude qualitative: définition, techniques, étapes et analyse. Dans *Scribbr*.  
<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>
- Djouini, A., Maltais, C., Messier, F., Bélanger, K., L'Espérance, N. et De Guise, E. (2021). *Soutenir l'intégration sociale des personnes ayant un traumatisme craniocérébral et qui présentent une consommation à risque ou problématique (abus ou dépendance) de substances psychoactives: Quelles sont les bonnes pratiques?* CIUSSS du Centre Sud-de-l'Île-de-Montréal.  
[https://ccsmtl-mission-universitaire.ca/sites/mission\\_universitaire/files/media/document/Rapport\\_ETMI\\_Integration\\_sociale\\_TCC-TUS\\_ISBN\\_Final.pdf](https://ccsmtl-mission-universitaire.ca/sites/mission_universitaire/files/media/document/Rapport_ETMI_Integration_sociale_TCC-TUS_ISBN_Final.pdf)



- Flores-Aranda, J. et Toussaint, P. (2018). *Revue systématique sur les modalités et les effets de services de type WET*. Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.  
[https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/20180719Revue\\_systematique\\_sur\\_les\\_modalites\\_et\\_les\\_effets\\_de\\_services\\_de\\_type\\_Wet\\_.pdf](https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/20180719Revue_systematique_sur_les_modalites_et_les_effets_de_services_de_type_Wet_.pdf)
- Gouvernement du Québec. (2024). *Encadrement du cannabis au Québec*. <https://encadrementcannabis.gouv.qc.ca/loi/loi-encadrant-le-cannabis/#liste-restiction-usage-cannabis%20>.
- Huynh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M. J. et Kisely, S. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives: troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale* (publication no 2963). Institut national de santé publique du Québec  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663\\_substance\\_psychoactives\\_troubles\\_mentaux\\_services\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_psychoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf)
- 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/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C. et Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12). CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- Hunter, J. (2020). Rapid Peer Reviewer Checklist for Rapid Reviews - RAPeer (DRAFT). *Adv Integr Med*, 7(4), 183-186.  
<https://doi.org/10.1016/j.aimed.2020.07.003>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2016). La liste de vérification AACODS. Document inédit.  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS\\_checklist\\_VF2016.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*.  
<http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550675525.pdf>
- Khan, S. (2017). *Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada*. (publication no 82-003-X). Statistique Canada.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf?st=TmZGiwAV>
- Lecompte T. (2014). L'essai contrôlé randomisé. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Mattison CA, Belesiotis P et Wilson MG. (2019). *Rapid synthesis: Determining the features of managed alcohol programs*. McMaster Health Forum.  
<https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/determining-the-features-of-managed-alcohol-programs.pdf?sfvrsn=2>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. et Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.  
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022) *La consommation de substances psychoactives en quelques chiffres*.  
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/substances-psychoactives/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement* (publication no 978- 2-550-79699-2)  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* (publication no 2-550-40034-8).  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001321/>
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Sigmon, S. C. et Brunette, M. F. (2005). Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: A review of specific interventions. *Journal of Dual Diagnosis*, 1(2), 57-82.  
[https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1300/J374v01n02\\_05](https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1300/J374v01n02_05)
- Réaliser un examen de la portée (scoping review) (s.d.) Dans Université de Montréal.  
<https://bib.umontreal.ca/evaluer-analyser-rediger/syntheses-connaissances/examen-portee>
- Rector, N. (2010). *La thérapie cognitivocomportementale : Guide d'information*. Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).  
<https://camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf>
- Revue systématique (s.d) Dans *Glossaire en évaluation des technologies de la santé*.  
[https://htaglossary.net/revue-syst%C3%A9matique-\(n.f.\)?highlight=revue+syst%C3%A9matique](https://htaglossary.net/revue-syst%C3%A9matique-(n.f.)?highlight=revue+syst%C3%A9matique)
- Samson, D. et Schoelles, K. M. (2012). Chapter 2: Medical Tests Guidance (2) Developing the Topic and Structuring Systematic Reviews of Medical Tests: Utility of PICOTS, Analytic Frameworks, Decision Trees, and Other Frameworks. *Journal of General Internal Medicine*, 27(1), 11-19.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2007-7>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Smith-Bernardin, S. M., Suen, L. W., Barr-Walker, J., Cuervo, I. A. et Handley, M. A. (2022). Scoping review of managed alcohol programs. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 82.  
<https://doi.org/10.1186/s12954-022-00646-0>
- Tremblay J. et collab. (2016). *Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance*. Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.  
[https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Pratiques\\_reconnues.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Pratiques_reconnues.pdf)

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473.  
<https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C. et Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 15.  
<https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
- Ville de Montréal. (2019). *Mémoire de la ville de Montréal. Présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi no 2 : Loi resserrant l'encadrement du cannabis.*  
[https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/prt\\_vdm\\_fr/media/documents/2019\\_03\\_memoire\\_ville\\_montreal\\_pl2.pdf](https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/prt_vdm_fr/media/documents/2019_03_memoire_ville_montreal_pl2.pdf)
- Ville de Montréal. (2021). *Cannabis dans les lieux publics.*  
<https://montreal.ca/sujets/cannabis-dans-les-lieux-publics>
- Zingg, W., Castro-Sanchez, E., Secci, F. V., Edwards, R., Drumright, L. N., Sevdalis, N. et Holmes, A. H. (2016). Innovative tools for quality assessment: integrated quality criteria for review of multiple study designs (ICROMS). *Public Health*, 133, 19-37.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.10.012>



# ANNEXES



## ANNEXE A: Critères de sélection de la littérature (PICOTS)

Critères	Inclusion	Exclusion
<b>P</b> (Population)	Adolescents et adultes ayant été hospitalisés en raison d'un trouble de santé mentale grave avec ou sans trouble de consommation associée	Adolescents et adultes présentant un trouble de santé mentale grave avec ou sans trouble de consommation associée
<b>I</b> (Intervention)	Impacts d'interventions psychosociales basées sur l'approche de réduction des méfaits sur la réadaptation sociale ou la consommation d'alcool ou de drogues	Interventions non basées sur l'approche de la réduction des méfaits
<b>C</b> (Compareur)	Interventions visant l'abstinence de la consommation d'alcool ou de drogues, ou sans comparateur	
<b>O</b> (Outcomes) Résultats d'intérêt)	<b>Réadaptation sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des méfaits (comportements)</li> <li>• Relations interpersonnelles (réseau et soutien sociaux)</li> <li>• Fonctionnement psychosocial (comportements)</li> </ul> <b>Consommation d'alcool ou de drogues</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre, gestion, fréquence</li> </ul> <b>État de santé (mentale, physique)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de vie et bien-être psychologique (symptômes)</li> </ul>	Toute autre dimension non associée à la réadaptation sociale, la consommation d'alcool ou de drogues, et au bien-être mental et physique
<b>S</b> (Site)	Établissements résidentiels supervisés : ressources pour les jeunes, appartements supervisés, ressources résidentielles transitoires, foyers de groupe, communauté thérapeutique.	Hôpitaux, autres types de ressources d'hébergement pour la population cible (gîtes, refuges), diverses formes de suivi dans la communauté (p. ex., suivi intensif, suivi d'intensité variable, PACT, etc.), ressources non institutionnelles (RNI), ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF)
<b>Publications</b>		
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revues systématiques (avec ou sans méta-analyses)</li> <li>• Rapports d'agences d'évaluation</li> <li>• Études primaires (tout type) avec comité de révision par des pairs</li> <li>• Publications d'organismes gouvernementaux et de sociétés savantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conférences</li> <li>• Actes de congrès</li> <li>• Lettres</li> <li>• Notes</li> <li>• Éditoriaux</li> <li>• Opinions d'experts</li> <li>• Protocoles d'études</li> <li>• Thèse et mémoires</li> <li>• Chapitres de livres</li> </ul>
<b>Langue</b>	Français, anglais	
<b>Pays</b>	36 pays de l'OCDE <sup>8</sup>	
<b>Période</b>	1993-2023	

<sup>8</sup> Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Corée, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie. Ces pays développent des systèmes de santé performants et disposent de données probantes pour les évaluer. (OCDE, 2018).

## ANNEXE B: Plan des concepts

### Interventions psychosociales pour les personnes ayant à la fois un problème de consommation et un trouble de santé mentale (troubles concomitants)

Interventions psychosociales ou approches basées sur la réduction des méfaits	Consommation de substances et troubles de santé mentale
<p><b>Descripteurs (MeSH)</b></p> <p>“Psychotherapy”[Mesh]                      “Counseling”[Mesh]                      “Psychiatric Rehabilitation”[Mesh]                      «Harm Reduction»[Mesh]</p> <p><b>Mots clés (Titre et résumé)</b></p> <p>Harm reduction                      Reducing harmful</p> <p>Psychosocial                      Psycho-social                      AND                      Intervention(s)                      Service(s)                      Program(s)                      Approach(es)                      Treatment(s)                      Therapy(ies)                      Care</p> <p>Psychotherapy(ies)                      Therapy(ies)                      Counseling                      Psychiatric rehabilitation                      Psychosocial rehabilitation                      Psycho-social rehabilitation</p>	<p><b>Descripteurs (MeSH)</b></p> <p>“Diagnosis, Dual (Psychiatry)”[Mesh]                      “Substance-Related Disorders”[Mesh]                      “Recreational Drug Use”[Mesh]                      “Marijuana Use”[Mesh]                      “Alcohol Drinking”[Mesh:NoExp]                      AND                      “Mental Disorders”[Mesh:NoExp]                      “Mentally Ill Persons”[Mesh]</p> <p><b>Mots clés (titre et résumé)</b></p> <p>Dual diagnosis                      Dually diagnosed</p> <p>Substance(s)                      Drug(s)                      Psychotropic(s)                      narcotics                      alcohol                      Marijuana                      cannabis                      AND                      Use(s)                      Misuse(s)                      Abuse(s)                      Consumption                      Possession</p> <p>Addiction(s)                      Alcoholism                      alcoholic                      Binge drinking</p> <p>AND</p> <p>Psychiatry                      Psychiatric                      Mental                      Mentally</p>



## Concept 1

“Psychotherapy”[Mesh] OR “Counseling”[Mesh] OR “Psychiatric Rehabilitation”[Mesh] OR “Harm Reduction”[Mesh] OR “harm reduction”[TIAB] OR “reducing harm\*”[TIAB] OR “psychosocial intervention”[TIAB:~3] OR “psychosocial interventions”[TIAB:~3] OR “psycho-social intervention”[TIAB:~3] OR “psycho-social interventions”[TIAB:~3] OR “psychosocial service”[TIAB:~3] OR “psychosocial services”[TIAB:~3] OR “psycho-social service”[TIAB:~3] OR “psycho-social services”[TIAB:~3] OR “psychosocial program”[TIAB:~3] OR “psychosocial programs”[TIAB:~3] OR “psycho-social program”[TIAB:~3] OR “psycho-social programs”[TIAB:~3] OR “psychosocial approach”[TIAB:~3] OR “psycho-social approach”[TIAB:~3] OR “psychosocial approaches”[TIAB:~3] OR “psycho-social approaches”[TIAB:~3] OR “psychosocial treatment”[TIAB:~3] OR “psychosocial treatments”[TIAB:~3] OR “psycho-social treatment”[TIAB:~3] OR “psycho-social treatments”[TIAB:~3] OR “psychosocial therapy”[TIAB:~3] OR “psycho-social therapy”[TIAB:~3] OR “psycho-social therapies”[TIAB:~3] OR “psychosocial therapies”[TIAB:~3] OR “psychosocial care”[TIAB:~3] OR “psycho-social care”[TIAB:~3] OR Psychotherapy[TIAB] OR psychotherapies[TIAB] OR Therapy[TIAB] OR therapies[TIAB] OR counseling[TIAB] OR “psychiatric rehabilitation”[TIAB] OR “psychosocial rehabilitation”[TIAB] OR “psycho-social rehabilitation”[TIAB]

## Concept 2

“Diagnosis, Dual (Psychiatry)”[Mesh] OR ((“Substance-Related Disorders”[Mesh] OR “Recreational Drug Use”[Mesh] OR “Marijuana Use”[Mesh] OR “Alcohol Drinking”[Mesh:NoExp]) AND (“Mental Disorders”[Mesh:NoExp] OR “Mentally Ill Persons”[Mesh])) OR “Dual diagnosis”[TIAB] OR “Dually diagnosed”[TIAB] OR ((“substance use”[TIAB:~3] OR “substance uses”[TIAB:~3] OR “substances use”[TIAB:~3] OR “substances uses”[TIAB:~3] OR “substance misuse”[TIAB:~3] OR “substance misuses”[TIAB:~3] OR “substances misuse”[TIAB:~3] OR “substances misuses”[TIAB:~3] OR “substance abuse”[TIAB:~3] OR “substance abuses”[TIAB:~3] OR “substances abuse”[TIAB:~3] OR “substances abuses”[TIAB:~3] OR “substance consumption”[TIAB:~3] OR “substances consumption”[TIAB:~3] OR “substance possession”[TIAB:~3] OR “substances possession”[TIAB:~3] OR “drug use”[TIAB:~3] OR “drug uses”[TIAB:~3] OR “drugs use”[TIAB:~3] OR “drugs uses”[TIAB:~3] OR “drug misuse”[TIAB:~3] OR “drug misuses”[TIAB:~3] OR “drugs misuse”[TIAB:~3] OR “drugs misuses”[TIAB:~3] OR “drug abuse”[TIAB:~3] OR “drug abuses”[TIAB:~3] OR “drugs abuse”[TIAB:~3] OR “drugs abuses”[TIAB:~3] OR “drug consumption”[TIAB:~3] OR “drugs consumption”[TIAB:~3] OR “drug possession”[TIAB:~3] OR “drugs possession”[TIAB:~3] OR “psychotropic use”[TIAB:~3] OR “psychotropic uses”[TIAB:~3] OR “psychotropics use”[TIAB:~3] OR “psychotropics uses”[TIAB:~3] OR “psychotropic misuse”[TIAB:~3] OR “psychotropic misuses”[TIAB:~3] OR “psychotropics misuse”[TIAB:~3] OR “psychotropics misuses”[TIAB:~3] OR “psychotropic abuse”[TIAB:~3] OR “psychotropic abuses”[TIAB:~3] OR “psychotropics abuse”[TIAB:~3] OR “psychotropics abuses”[TIAB:~3] OR “psychotropic consumption”[TIAB:~3] OR “psychotropics consumption”[TIAB:~3] OR “psychotropic possession”[TIAB:~3] OR “psychotropics possession”[TIAB:~3] OR “narcotics abuse”[TIAB:~3] OR “narcotics abuses”[TIAB:~3] OR “narcotics use”[TIAB:~3] OR “narcotics uses”[TIAB:~3] OR “narcotics consumption”[TIAB:~3] OR “narcotics possession”[TIAB:~3] OR “alcohol abuse”[TIAB:~3] OR “alcohol abuses”[TIAB:~3] OR “alcohol use”[TIAB:~3] OR “alcohol uses”[TIAB:~3] OR “alcohol consumption”[TIAB:~3] OR “alcohol possession”[TIAB:~3] OR “marijuana abuse”[TIAB:~3] OR “marijuana abuses”[TIAB:~3] OR “marijuana use”[TIAB:~3] OR “marijuana uses”[TIAB:~3] OR “marijuana consumption”[TIAB:~3] OR “marijuana possession”[TIAB:~3] OR “cannabis abuse”[TIAB:~3] OR “cannabis abuses”[TIAB:~3] OR “cannabis use”[TIAB:~3] OR “cannabis uses”[TIAB:~3] OR “cannabis consumption”[TIAB:~3] OR “cannabis possession”[TIAB:~3] OR addiction[TIAB] OR addictions[TIAB] OR dependence[TIAB] OR dependences[TIAB] OR “substance-related disorder\*”[TIAB] OR “drug-related disorder\*”[TIAB] OR alcoholism[TIAB] OR alcohol[TIAB] OR “binge drinking”[TIAB]) AND (psychiatric[TIAB] OR psychiatry[TIAB] OR mental[TIAB] OR mentally[TIAB]))

Vocabulaire libre (autres bases de données)

**Concept 1**

“harm reduction” OR “reducing harm”

(psychosocial OR psycho-social) ADJ3 (intervention\* OR service\* OR program OR programs OR approach OR approaches OR treatment\* OR therapy OR therapies OR care)

Psychotherapy OR psychotherapies OR Therapy OR therapies OR counseling OR “psychiatric rehabilitation” OR “psychosocial rehabilitation” OR “psycho-social rehabilitation”

**Concept 2**

“Dual\* diagnos\*”

((Substance\* OR Drug\* OR Psychotropic\* OR narcotic\* OR alcohol OR Marijuana OR cannabis) ADJ3 (Use\* OR Misuse\* OR Abuse\* OR Consumption OR Possession)) OR Addiction\* OR Alcoholism OR alcoholic OR “binge drinking”

AND

Psychiatry OR psychiatric OR mental OR mentally



## ANNEXE C : Stratégie de recherche documentaire

### Interventions psychosociales – consommation et troubles de santé mentale

#### Pubmed

("Psychotherapy"[Mesh] OR "Counseling"[Mesh] OR "Psychiatric Rehabilitation"[Mesh] OR "Harm Reduction"[Mesh] OR "harm reduction"[TIAB] OR "reducing harm\*" [TIAB] OR "psychosocial intervention"[TIAB:~3] OR "psychosocial interventions"[TIAB:~3] OR "psycho-social intervention"[TIAB:~3] OR "psycho-social interventions"[TIAB:~3] OR "psychosocial service"[TIAB:~3] OR "psychosocial services"[TIAB:~3] OR "psycho-social service"[TIAB:~3] OR "psycho-social services"[TIAB:~3] OR "psychosocial program"[TIAB:~3] OR "psychosocial programs"[TIAB:~3] OR "psycho-social program"[TIAB:~3] OR "psycho-social programs"[TIAB:~3] OR "psychosocial approach"[TIAB:~3] OR "psycho-social approach"[TIAB:~3] OR "psychosocial approaches"[TIAB:~3] OR "psycho-social approaches"[TIAB:~3] OR "psychosocial treatment"[TIAB:~3] OR "psychosocial treatments"[TIAB:~3] OR "psycho-social treatment"[TIAB:~3] OR "psycho-social treatments"[TIAB:~3] OR "psychosocial therapy"[TIAB:~3] OR "psycho-social therapy"[TIAB:~3] OR "psycho-social therapies"[TIAB:~3] OR "psychosocial therapies"[TIAB:~3] OR "psychosocial care"[TIAB:~3] OR "psycho-social care"[TIAB:~3] OR Psychotherapy[TIAB] OR psychotherapies[TIAB] OR Therapy[TIAB] OR therapies[TIAB] OR counseling[TIAB] OR "psychiatric rehabilitation"[TIAB] OR "psychosocial rehabilitation"[TIAB] OR "psycho-social rehabilitation"[TIAB])

#### AND

("Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] OR (("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Recreational Drug Use"[Mesh] OR "Marijuana Use"[Mesh] OR "Alcohol Drinking"[Mesh:NoExp]) AND ("Mental Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Mentally Ill Persons"[Mesh])) OR "Dual diagnosis"[TIAB] OR "Dually diagnosed"[TIAB] OR (("substance use"[TIAB:~3] OR "substance uses"[TIAB:~3] OR "substances use"[TIAB:~3] OR "substances uses"[TIAB:~3] OR "substance misuse"[TIAB:~3] OR "substance misuses"[TIAB:~3] OR "substances misuse"[TIAB:~3] OR "substances misuses"[TIAB:~3] OR "substance abuse"[TIAB:~3] OR "substance abuses"[TIAB:~3] OR "substances abuse"[TIAB:~3] OR "substances abuses"[TIAB:~3] OR "substance consumption"[TIAB:~3] OR "substances consumption"[TIAB:~3] OR "substance possession"[TIAB:~3] OR "substances possession"[TIAB:~3] OR "drug use"[TIAB:~3] OR "drug uses"[TIAB:~3] OR "drugs use"[TIAB:~3] OR "drugs uses"[TIAB:~3] OR "drug misuse"[TIAB:~3] OR "drug misuses"[TIAB:~3] OR "drugs misuse"[TIAB:~3] OR "drugs misuses"[TIAB:~3] OR "drug abuse"[TIAB:~3] OR "drug abuses"[TIAB:~3] OR "drugs abuse"[TIAB:~3] OR "drugs abuses"[TIAB:~3] OR "drug consumption"[TIAB:~3] OR "drugs consumption"[TIAB:~3] OR "drug possession"[TIAB:~3] OR "drugs possession"[TIAB:~3] OR "psychotropic use"[TIAB:~3] OR "psychotropic uses"[TIAB:~3] OR "psychotropics use"[TIAB:~3] OR "psychotropics uses"[TIAB:~3] OR "psychotropic misuse"[TIAB:~3] OR "psychotropic misuses"[TIAB:~3] OR "psychotropics misuse"[TIAB:~3] OR "psychotropics misuses"[TIAB:~3] OR "psychotropic abuse"[TIAB:~3] OR "psychotropic abuses"[TIAB:~3] OR "psychotropics abuse"[TIAB:~3] OR "psychotropics abuses"[TIAB:~3] OR "psychotropic consumption"[TIAB:~3] OR "psychotropics consumption"[TIAB:~3] OR "psychotropic possession"[TIAB:~3] OR "psychotropics possession"[TIAB:~3] OR "narcotics abuse"[TIAB:~3] OR "narcotics abuses"[TIAB:~3] OR "narcotics use"[TIAB:~3] OR "narcotics uses"[TIAB:~3] OR "narcotics consumption"[TIAB:~3] OR "narcotics possession"[TIAB:~3] OR "alcohol abuse"[TIAB:~3] OR "alcohol abuses"[TIAB:~3] OR "alcohol use"[TIAB:~3] OR "alcohol uses"[TIAB:~3] OR "alcohol consumption"[TIAB:~3] OR "alcohol possession"[TIAB:~3] OR "marijuana abuse"[TIAB:~3] OR "marijuana abuses"[TIAB:~3] OR "marijuana use"[TIAB:~3] OR "marijuana uses"[TIAB:~3] OR "marijuana consumption"[TIAB:~3] OR "marijuana possession"[TIAB:~3] OR "cannabis abuse"[TIAB:~3] OR "cannabis abuses"[TIAB:~3] OR "cannabis use"[TIAB:~3] OR "cannabis uses"[TIAB:~3] OR "cannabis consumption"[TIAB:~3] OR "cannabis possession"[TIAB:~3] OR addiction[TIAB] OR addictions[TIAB] OR dependence[TIAB] OR dependences[TIAB] OR "substance-related disorder\*" [TIAB] OR "drug-related disorder\*" [TIAB] OR alcoholism[TIAB] OR alcohol[TIAB] OR "binge drinking"[TIAB]) AND (psychiatric[TIAB] OR psychiatry[TIAB] OR mental[TIAB] OR mentally[TIAB]))

Filtres utilisés: English, French, 1993-2023

**= 6 560 résultats (5 juin 2023)**

## EMBASE

1. exp \*psychotherapy/
2. exp \*counseling/
3. \*harm reduction/
4. ("harm reduction" or "reducing harm\*").ab. or ("harm reduction" or "reducing harm\*").ti.
5. ((psychosocial or psycho-social) adj3 (intervention\* or service\* or program or programs or approach or approaches or treatment\* or therapy or therapies or care)).ab. or ((psychosocial or psycho-social) adj3 (intervention\* or service\* or program or programs or approach or approaches or treatment\* or therapy or therapies or care)).ti.
6. (Psychotherapy or psychotherapies or Therapy or therapies or counseling or "psychiatric rehabilitation" or "psychosocial rehabilitation" or "psycho-social rehabilitation").ab. or (Psychotherapy or psychotherapies or Therapy or therapies or counseling or "psychiatric rehabilitation" or "psychosocial rehabilitation" or "psycho-social rehabilitation").ti.
7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6
8. exp \*dual diagnosis/
9. exp \*drug dependence/
10. \*"drug use" / or \*"recreational drug use" /
11. \*"substance use" / or alcohol consumption/ or \*"cannabis use" /
12. \*drinking behavior/
13. 9 or 10 or 11 or 12
14. \*mental disease/
15. \*mental patient/
16. 14 or 15
17. 13 and 16
18. "Dual\* diagnos\*".ab. or "Dual\* diagnos\*".ti.
19. (((Substance\* or Drug\* or Psychotropic\* or narcotic\* or alcohol or Marijuana or cannabis) adj3 (Use\* or Misuse\* or Abuse\* or Consumption or Possession)) or Addiction\* or Alcoholism or alcoholic or "binge drinking").ab. or (((Substance\* or Drug\* or Psychotropic\* or narcotic\* or alcohol or Marijuana or cannabis) adj3 (Use\* or Misuse\* or Abuse\* or Consumption or Possession)) or Addiction\* or Alcoholism or alcoholic or "binge drinking").ti.
20. (Psychiatry or psychiatric or mental or mentally).ab. or (Psychiatry or psychiatric or mental or mentally).ti.
21. 19 and 20
22. 8 or 17 or 18 or 21
23. 7 and 22
24. limit 23 to ((english or french) and yr="1993 -Current" and (article or article in press or books or chapter or "review"))

**= 7 521 résultats (5 juin 2023)**

---

## PsycINFO

1. exp psychotherapy/
2. exp counseling/
3. psychosocial rehabilitation/
4. harm reduction/
5. (“harm reduction” or “reducing harm\*”).ab. or (“harm reduction” or “reducing harm\*”).ti.
6. ((psychosocial or psycho-social) adj3 (intervention\* or service\* or program or programs or approach or approaches or treatment\* or therapy or therapies or care)).ab. or ((psychosocial or psycho-social) adj3 (intervention\* or service\* or program or programs or approach or approaches or treatment\* or therapy or therapies or care)).ti.
7. (Psychotherapy or psychotherapies or Therapy or therapies or counseling or “psychiatric rehabilitation” or “psychosocial rehabilitation” or “psycho-social rehabilitation”).ab. or (Psychotherapy or psychotherapies or Therapy or therapies or counseling or “psychiatric rehabilitation” or “psychosocial rehabilitation” or “psycho-social rehabilitation”).ti.
8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7
9. dual diagnosis/
10. exp “substance use disorder”/
11. drug usage/ or “alcohol use”/ or “cannabis use”/ or intravenous drug usage/ or prescription drug misuse/
12. exp drug abuse/
13. 10 or 11 or 12
14. mental disorders/
15. psychiatric patients/
16. 14 or 15
17. 13 and 16
18. “Dual\* diagnos\*”).ab. or “Dual\* diagnos\*”).ti.
19. (((Substance\* or Drug\* or Psychotropic\* or narcotic\* or alcohol or Marijuana or cannabis) adj3 (Use\* or Misuse\* or Abuse\* or Consumption or Possession)) or Addiction\* or Alcoholism or alcoholic or “binge drinking”).ab. or (((Substance\* or Drug\* or Psychotropic\* or narcotic\* or alcohol or Marijuana or cannabis) adj3 (Use\* or Misuse\* or Abuse\* or Consumption or Possession)) or Addiction\* or Alcoholism or alcoholic or “binge drinking”).ti.
20. (Psychiatry or psychiatric or mental or mentally).ab. or (Psychiatry or psychiatric or mental or mentally).ti.
21. 19 and 20
22. 9 or 17 or 18 or 21
23. 8 and 22
24. limit 23 to (“0100 journal” or “0110 peer-reviewed journal” or “0120 non-peer-reviewed journal” or “0130 peer-reviewed status unknown” or “0200 book” or “0240 authored book” or “0280 edited book”) and (english or french) and yr=“1993 -Current”)

**= 6723 résultats (5 juin 2023)**

---

## CINAHL

S15	S5 AND S14 - Limiters - Published Date: 19930101-20231231; Language: English, French
S14	S6 OR S9 OR S10 OR S13
S13	S11 AND S12
S12	TI (Psychiatry OR psychiatric OR mental OR mentally) OR AB ( Psychiatry OR psychiatric OR mental OR mentally )
S11	TI ( ((Substance* OR Drug* OR Psychotropic* OR narcotic* OR alcohol OR Marijuana OR cannabis) N3 (Use* OR Misuse* OR Abuse* OR Consumption OR Possession)) OR Addiction* OR Alcoholism OR alcoholic OR «binge drinking» ) OR AB ( ((Substance* OR Drug* OR Psychotropic* OR narcotic* OR alcohol OR Marijuana OR cannabis) N3 (Use* OR Misuse* OR Abuse* OR Consumption OR Possession)) OR Addiction* OR Alcoholism OR alcoholic OR «binge drinking» )
S10	TI «Dual* diagnos*» OR AB «Dual* diagnos*»
S9	S7 AND S8
S8	(MH «Mental Disorders») OR (MH «Psychiatric Patients+»)
S7	(MH «Substance Use Disorders+») OR (MH «Substance Abusers+») OR (MH «Recreational Drug Use») OR (MH «Drinking Behavior») OR (MH «Alcohol Drinking+»)
S6	(MH «Diagnosis, Dual (Psychiatry)»)
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4
S4	TI ( Psychotherapy OR psychotherapies OR Therapy OR therapies OR counseling OR «psychiatric rehabilitation» OR «psychosocial rehabilitation» OR «psycho-social rehabilitation» ) OR AB ( Psychotherapy OR psychotherapies OR Therapy OR therapies OR counseling OR «psychiatric rehabilitation» OR «psychosocial rehabilitation» OR «psycho-social rehabilitation» )
S3	TI ( (psychosocial OR psycho-social) N3 (intervention* OR service* OR program OR programs OR approach OR approaches OR treatment* OR therapy OR therapies OR care)) OR AB ( (psychosocial OR psycho-social) N3 (intervention* OR service* OR program OR programs OR approach OR approaches OR treatment* OR therapy OR therapies OR care))
S2	TI ( «harm reduction» OR «reducing harm*» ) OR AB ( «harm reduction» OR «reducing harm*» )
S1	(MH «Psychotherapy+») OR (MH «Counseling+») OR (MH «Rehabilitation, Psychosocial+») OR (MH «Harm Reduction»)

= 6480 résultats (8 juin 2023)

## ANNEXE D: Grille d'extraction

Évaluateur/date de la revue :
Référence (1 <sup>er</sup> auteur, année):
Ville (Pays):
Site:

1. Plan de l'étude	
Objectif(s)	
Type de Devis	
Approches/Méthodes de Collecte/ Instruments de mesure	

2. Participants	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Échantillon (n)</li> <li>Caractéristiques</li> </ul>	

3. Intervention : Pratiques exemplaires de réduction des méfaits	

4. Comparateur	

5. Résultats : Effets sur la réadaptation psychosociale/Effets sur la consommation	

6. Qualité de l'étude	
Grille utilisée et cotation (forces/limites de l'étude, biais)	

## ANNEXE E: Recherche documentaire - Démarche titres et résumés

<b>Littérature scientifique (6 juin 2023)</b> Pubmed, CINAHAL, Embase, PsycInfo (1993-2023)	16614 références
(any field) Harm Reduction Harm reduction AND Substance use AND Comorbidity Mental health AND Substance use AND Harm reduction Intervention AND Psychosocial AND Harm reduction Intervention AND Substance use AND Harm reduction Psychosocial AND Substance use AND Harm reduction	99 sur 809 références 20 sur 46 références 41 sur 286 références 4 sur 37 références 24 sur 156 références 1 sur 52 références
(any field) Residential programs AND Rehabilitation AND Outcomes Rehabilitation AND Housing AND Policy: Housing AND Rehabilitation AND Outcomes Housing AND Rehabilitation AND Outpatient Residential AND Rehabilitation AND Outpatient: Community mental health services AND Housing program AND Substance use  Substance use AND Residential treatment Rehabilitation AND housing AND policy Residential programs AND rehabilitation AND Outcomes Systematic review AND substance use AND residential treatment (2019-2023) Systematic review AND substance use AND residential (2006-2023)	14 références 19 références 46 références 191 références 54 références Aucune référence  84 sur 324 références  Aucune sur 205 références Aucune sur 19 références Aucune sur 10 références 3 sur 5 références  Aucune sur 9 références
(any field) <b>(2018-2023)</b> Residential treatment AND substance use AND rehabilitation Management alcohol programs Substances use AND Residential policy AND Canada Legal AND cannabis	260 références 4 sur 9 références 3 sur 3 références 2 sur 4 références 5 sur 156 références
<b>Total : 120 références</b>	

<b>Littérature grise (18 août 2023)</b>	
<b>Google</b> Residential treatment substance use disorders policies providers Canada	Aucune sur 25 références
<b>Epistemonikos</b> Substance use AND residential treatment	1 sur 7 références
<b>Littérature grise (19 septembre 2023)</b>	
<b>Cochrane Library (Reviews)</b> Substance use AND mental health AND psychosocial intervention	1 sur 10 références
<b>Cochrane Central register of controlled trials</b> Substance use AND mental health AND psychosocial intervention	1 sur 204 références
<b>Worldwidescience.org</b> (Articles en anglais seulement) Substance use AND mental health AND psychosocial intervention	1 sur 328 résultats
<b>Érudit</b> Devis: articles savants, rapport de recherche Consommation de substance ET hébergement santé mentale	3 sur 238 références
<b>Total : 7 références</b>	



## ANNEXE F : Études exclues de l'analyse et motifs d'exclusion

#	Références	Motifs d'exclusion
1	Ackerson, B. J., & Karoll, B. R. (2005). Evaluation of an assertive community treatment-Harm-reduction program: Implementation issues. <i>Best Practices in Mental Health: An International Journal</i> , 1(2), 34-49. <a href="https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&amp;CSC=Y&amp;NEWS=N&amp;PAGE=fulltext&amp;D=psyc5&amp;AN=2015-28900-004">https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&amp;CSC=Y&amp;NEWS=N&amp;PAGE=fulltext&amp;D=psyc5&amp;AN=2015-28900-004</a>	Site : autre type d'hébergement
2	Addictions and Mental Health Ontario (2017). Ontario Provincial Standards for Adult Residential Addiction Services. Toronto.	Intervention : autre type
3	Anderson, P., Jane-Llopis, E., Hasan, O. S. M., & Rehm, J. (2018). Changing collective social norms in favour of reduced harmful use of alcohol: A review of reviews [Literature Review; Systematic Review]. <i>Alcohol and Alcoholism</i> , 53(3), 326-332. <a href="https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx121">https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx121</a>	Intervention : autre type
4	Azevedo, M. (2021). L'appropriation de l'habitat à l'épreuve de l'accompagnement en santé mentale : le cas des personnes vivant en logement accompagné en France. <i>Lien social et politique</i> (87), 233-254. <a href="https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1088101ar">https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1088101ar</a>	Intervention : autre type
5	Bartram, M. (2021). 'It's Really About Wellbeing': a Canadian Investigation of Harm Reduction as a Bridge Between Mental Health and Addiction Recovery. <i>Int J Ment Health Addict</i> , 19(5), 1497-1510. <a href="https://doi.org/10.1007/s11469-020-00239-7">https://doi.org/10.1007/s11469-020-00239-7</a>	Site : autre type d'hébergement
6	Bartz, A., & Futterman, R. (2008). Psychologically-based vocational rehabilitation for co-occurring disorders: A manualized group treatment model. <i>Journal of Groups in Addiction &amp; Recovery</i> , 3(3-4), 243-261. <a href="https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/15560350802425016">https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/15560350802425016</a>	Intervention : autre type
7	BC Ministry of Health Provincial Standards for Adult Residential Substance Use Services (2022). Pine Lodge Standards of Care - Residential Treatment.	Intervention : autre type
8	Brunette, M. F., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. <i>Drug Alcohol Rev</i> , 23(4), 471-481. <a href="https://doi.org/10.1080/09595230412331324590">https://doi.org/10.1080/09595230412331324590</a>	Intervention : autre type
9	Carey, K. B. (1996). Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: a collaborative, motivational, harm reduction approach. <i>Community Ment Health J</i> , 32(3), 291-306; discussion 307-210. <a href="https://doi.org/10.1007/bf02249430">https://doi.org/10.1007/bf02249430</a>	Devis d'étude : article théorique
10	Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., Carey, M. P., & Simons, J. S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: clinicians' perspectives. <i>J Subst Abuse Treat</i> , 19(2), 189-198. <a href="https://doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00094-5">https://doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00094-5</a>	Site : autre type d'hébergement



#	Références	Motifs d'exclusion
11	Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (2001). Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four-session motivation-based intervention. <i>Behav Modif</i> , 25(3), 331-384. <a href="https://doi.org/10.1177/0145445501253001">https://doi.org/10.1177/0145445501253001</a>	Site : autre type
12	Carter, A. L., Wilber, C., & Sahl, R. (2005). Motivational interviewing techniques and the harm-reduction model in a short-term substance-abuse group for adolescents with psychiatric problems [Review]. <i>Connecticut Medicine</i> , 69(9), 519-524. <a href="https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&amp;CSC=Y&amp;NEWS=N&amp;PAGE=fulltext&amp;D=emed9&amp;AN=41428775">https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&amp;CSC=Y&amp;NEWS=N&amp;PAGE=fulltext&amp;D=emed9&amp;AN=41428775</a>	Intervention : autre type
13	Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction. (2017). Publicly-Funded Live-in Addiction Recovery Services in BC - A Snapshot of the Sector.	Population : pas de trouble de santé mentale
14	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Institut universitaire sur les dépendances. (2016). Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance. Montréal. Gouvernement du Québec.	Population : pas de trouble de santé mentale
15	Chen, S., Barnett, P. G., Sempel, J. M., & Timko, C. (2006). Outcomes and costs of matching the intensity of dual-diagnosis treatment to patients' symptom severity. <i>J Subst Abuse Treat</i> , 31(1), 95-105. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.015">https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.015</a>	Intervention : autre type
16	Coronado-Montoya, S., Morissette, F., Abdel-Baki, A., Fischer, B., Cote, J., Ouellet-Plamondon, C., Tremblay, L., & Jutras-Aswad, D. (2021). Preventive interventions targeting cannabis use and related harms in people with psychosis: A systematic review [Review]. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> , 15(6), 1439-1453. <a href="https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/eip.13081">https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/eip.13081</a>	Site : autre type d'hébergement
17	de Andrade, D., Elphinston, R. A., Quinn, C., Allan, J., & Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. <i>Drug Alcohol Depend</i> , 201, 227-235. <a href="https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031">https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031</a>	Intervention : autre type
18	Denning, P. (2004). Harm reduction tools and programs. In <i>Addiction counseling review</i> (pp. 511-534). Routledge.	Résultats : non pertinents
19	Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2006). Remission of psychiatric symptoms among drug misusers after drug dependence treatment. <i>J Nerv Ment Dis</i> , 194(11), 826-832. <a href="https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000244483.17443.0e">https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000244483.17443.0e</a>	Intervention : autre type
20	Gouron, D., Vignault, C., Quintin, J., Semaan, W., & Djahanbakhsh Asli, K. (2020). Impacts of Cannabis Legalisation on Mental Health: A Literature Review. <i>Santé mentale au Québec</i> , 45(1), 201-220. <a href="http://europepmc.org/abstract/MED/33270406">http://europepmc.org/abstract/MED/33270406</a>	Intervention : autre type

#	Références	Motifs d'exclusion
21	Hyshka, E., Anderson-Baron, J., Karekezi, K., Belle-Isle, L., Elliott, R., Pauly, B., Strike, C., Asbridge, M., Dell, C., McBride, K., Hathaway, A., & Wild, T. C. (2017). Harm reduction in name, but not substance: a comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks. <i>Harm Reduct J</i> , 14(1), 50. <a href="https://doi.org/10.1186/s12954-017-0177-7">https://doi.org/10.1186/s12954-017-0177-7</a>	Devis : article théorique
22	Krausz, R. M., Werker, G. R., Strehlau, V., & Jang, K. (2014). Applying addictions harm reduction lessons to mental healthcare. <i>Advances in Dual Diagnosis</i> , 7(2), 73-79. <a href="https://doi.org/10.1108/ADD-01-2014-0003">https://doi.org/10.1108/ADD-01-2014-0003</a>	Devis : opinion d'experts
23	Lambrette, G., Flayelle, M., & Billieux, J. (2021). Évaluation de l'impact des traitements résidentiels en matière d'addiction auprès d'une population luxembourgeoise adulte: Résultats d'une enquête. <i>Psychotropes</i> , 27(1-2), 175-197.	Population : pas de trouble de santé mentale
24	Little, J., & Franskoviak, P. (2010). So glad you came! Harm reduction therapy in community settings. <i>J Clin Psychol</i> , 66(2), 175-188. <a href="https://doi.org/10.1002/jclp.20673">https://doi.org/10.1002/jclp.20673</a>	Site : autre type d'hébergement
25	Mancini, M. A., & Linhorst, D. M. (2010). Harm reduction in community mental health settings. <i>J Soc Work Disabil Rehabil</i> , 9(2), 130-147. <a href="https://doi.org/10.1080/1536710x.2010.493481">https://doi.org/10.1080/1536710x.2010.493481</a>	Devis : article théorique
26	Mancini, M. A., Linhorst, D. M., Broderick, F., & Bayliff, S. (2008). Challenges to implementing the harm reduction approach <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> , 8(3), 380-408. <a href="https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/15332560802224576">https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/15332560802224576</a>	Intervention : autre type
27	Mancini, M. A., & Wyrick-Waugh, W. (2013). Consumer and practitioner perceptions of the harm reduction approach in a community mental health setting. <i>Community Ment Health J</i> , 49(1), 14-24. <a href="https://doi.org/10.1007/s10597-011-9451-4">https://doi.org/10.1007/s10597-011-9451-4</a>	Intervention : autre type
28	Marcellus, L., Pauly, B., Martin, W., Revai, T., Easton, K., & MacDonald, M. (2022). Navigating conflicting value systems: a grounded theory of the process of public health equity work in the context of mental health promotion and prevention of harms of substance use. <i>BMC Public Health</i> , 22(1), 210. <a href="https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-12627-w">https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-12627-w</a>	Intervention : autre type
29	Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T., & Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review. <i>Substance abuse treatment, prevention, and policy</i> , 14(1), 37. <a href="https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0">https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0</a>	Intervention : autre type
30	Mayes, J., & Handley, S. (2005). Evolving a model for integrated treatment in a residential setting for people with psychiatric and substance use disorders. <i>Psychiatr Rehabil J</i> , 29(1), 59-62. <a href="https://doi.org/10.2975/29.2005.59.62">https://doi.org/10.2975/29.2005.59.62</a>	Devis : article théorique

#	Références	Motifs d'exclusion
31	McCoy, M. L., Devitt, T., Clay, R., Davis, K. E., Dincin, J., Pavick, D., & O'Neill, S. (2003). Gaining insight: who benefits from residential, integrated treatment for people with dual diagnoses? <i>Psychiatr Rehabil J</i> , 27(2), 140-150. <a href="https://doi.org/10.2975/27.2003.140.150">https://doi.org/10.2975/27.2003.140.150</a>	Intervention : autre type
32	Meffert, B. N., Morabito, D. M., Mosich, M. K., Loflin, M. J., Sottile, J., & Heinz, A. J. (2019). Navigating Blind in the Green Rush: Clinical Considerations and Harm Reduction Practices for Cannabis. <i>Curr Drug Res Rev</i> , 11(1), 3-11. <a href="https://doi.org/10.2174/2589977511666181109153958">https://doi.org/10.2174/2589977511666181109153958</a>	Résultats : non pertinents
33	Mueser, K. T., Drake, R. E., & Noordsy, D. L. (2013). Treatment for co-occurring substance abuse and mental health disorders. In <i>Comprehensive addictive behaviors and disorders, Vol 3: Interventions for addiction</i> (pp. 317-323). Elsevier Academic Press; US. <a href="https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00033-6">https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00033-6</a>	Site : autre type d'hébergement
34	Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & 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. <i>Santé mentale au Québec</i> , 26(2), 22-46. <a href="https://doi.org/https://doi.org/10.7202/014524ar">https://doi.org/https://doi.org/10.7202/014524ar</a>	Site : autre type d'hébergement
35	NSW Department of Health (2007). Drug and alcohol treatment guidelines for residential settings. Sydney.	Intervention : autre type
36	Piat, M., Boyer, R., Fleury, M.-J., Lesage, A., O'Connell, M., & Sabetti, J. (2015). Resident and proprietor perspectives on a recovery orientation in community-based housing. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 38(1), 88-95. <a href="https://doi.org/10.1037/prj0000104">https://doi.org/10.1037/prj0000104</a>	Population : pas de trouble de consommation
37	Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: a systematic mixed studies review. <i>Systematic Reviews</i> , 10(1), 134. <a href="https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0">https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0</a>	Population : pas de trouble de consommation
38	Quintin, J., Côté, L., & Guimaraes, D. (2016). Le suivi intensif dans la communauté et la consommation : quelques enjeux éthiques. <i>Drogues, santé et société</i> , 14(2), 109-128. <a href="https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1037735ar">https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1037735ar</a>	Résultats : non pertinents
39	Schmidhauser, V., & Zobel, F. (2021). Revue de littérature sur l'impact de la légalisation du cannabis aux États-Unis, au Canada et en Uruguay.	Intervention : autre type
40	Stuart-Maver, S. L. (2020). Working with clients who self-medicate using cannabis: Ethical and clinical considerations for psychologists. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 51(1), 77-84. <a href="https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/pro0000269">https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/pro0000269</a>	Intervention : autre type
41	City of Ottawa. (2016/2010) Residential Services Standards.	Intervention : autre type

## ANNEXE G: Résultats : Tableaux synthèses

### Interventions psychosociales pour les populations avec un trouble concomitant (santé mentale, dépendance)

<b>Auteur (année)/Pays :</b> Chilton, (2018)/G-B	
<b>Devis/Qualité (outil d'éval) :</b> Étude de type prétest post-test sans condition témoin/Qualité : faible (ICROMS)	
<b>Études incluses dans la revue (nb, devis)/Années</b>	-----
<b>Population (n, caract: âge,diagn)</b>	n = 80 patients 51 ont complétés l'étude Adultes (18-65 ans) avec double diagnostic (tr. grave de santé mentale, tr. de consom.) et qui résident dans des ressources d'hébergement externes supervisées
<b>Intervention</b>	Thérapie psychoéducative de groupe (services intégrés)
<b>Durée/Fréquence</b>	Séance de 2h, 1 X sem X 10 sem.
<b>Comparateur</b>	Aucun mentionné
<b>Résultats (Réadaptation, consommation alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Effets sur le bien-être (symptômes)</b> ↓ Symptômes + ↑ Bien-être pour les participants ayant complété le programme  Personnes ayant abandonné le programme : symptômes négatifs, dépressifs, maniaques, et désorientation plus sévère (mesures : échelles BPRS, HADS, WEMWBS)  <b>Effets sur la consommation</b> ↓ légère de consom. d'alcool + cannabis ↓ Consom. de cocaïne, benzodiazépines illicites, amphétamines, méthadone illicite. ↔ Consom. héroïne
<b>Risque de biais des études</b>	-----

<b>Auteur (année)/Pays :</b> Hunt, (2019)/Australie	
<b>Devis/Qualité (outil d'éval) :</b> Revue systématique/Qualité : élevée (AMSTAR-2)	
<b>Études incluses dans la revue (nb, devis)/Années</b>	30/41 ECR
<b>Population (n, caract: âge,diagn)</b>	<i>n</i> = 4 024 Adultes (18-65) avec double diagnostic (tr. grave de santé mentale, tr. de consom.) et qui résident dans des ressources d'hébergement externes supervisées
<b>Intervention</b>	1. Modèles de soins intégrés (SI) (4 ECR) 2. Thérapie cognitivocomport. (TCC) (2 ECR) 3. Entretien motivationnel (EM) (9 ECR) 4. TCC + EM (9 ECR) 5. Entraînement aux habiletés sociales (EHS) (6 ECR)
<b>Durée/Fréquence</b>	Court et long terme Intervention individuelle, intervention de groupe
<b>Comparateur</b>	Soins usuels (p. ex., gestion de cas)
<b>Résultats (Réadaptation, consommation alcool, drogues) ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs</b>	<p><b>Effets sur la consommation de substances</b></p> <p>1) SI: ↔ après 36 mois (preuve de faible qualité) 2) TCC: pas de résultats rapportés 3) EM: pas d'abstinence d'alcool après 6 mois (preuve de très faible qualité) 4) TCC+EM: ↔ après 6 mois 5) EHS: ↔ sur l'abstinence à l'alcool (preuve de très faible qualité)</p> <p><b>Effets sur le fonctionnement global</b></p> <p>SI: efficacité ↔ après 6 mois (preuve de faible qualité) TCC: ↔ efficacité après 6 mois (preuve de très faible qualité) EM: fonctionnement global moyen après 12 mois (preuve de très faible qualité) CBT+EM: Fonctionnement global moyen après 12 mois EHS: ↔ efficacité sur fonctionnement global après 12 mois (preuve de très faible qualité).</p> <p><b>Effets sur la qualité de vie</b></p> <p>SI: ↔ efficacité (preuve de qualité modérée) TCC: pas de résultats rapportés EM: pas de résultats rapportés TCC + EM: ↔ efficacité après 6 mois (preuve de faible qualité) EHS: pas de résultats rapportés</p>
<b>Risque de biais des études</b>	<b>Risque élevé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs études pilotes ou avec petits échantillons</li> <li>• Faible évidence: plusieurs types d'intervent. et de résultats souvent non mesurés</li> </ul>

<b>Auteur (année)/Pays :</b> Mueser (2005)/É-U	
<b>Devis/Qualité (outil d'éval) :</b> Revue narrative d'ECR/Qualité : faible (ANAES)	
<b>Études incluses dans la revue (nb, devis)/Années</b>	26 ECR 1994-2003
<b>Population (n, caract: âge,diagn)</b>	<i>n</i> = ? Personnes de tout âge avec un double diagnostic et qui résident dans des ressources d'hébergement externes supervisées
<b>Intervention</b>	Différentes interventions psychosociales
<b>Durée/Fréquence</b>	Variable selon les études retenues
<b>Comparateur</b>	Aucun spécifié
<b>Résultats (Réadaptation, consommation alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<p><b>Thérapie individuelle</b> ↓ abus de substances avec approches motivationnelles (3 des 4 ECR considérés)</p> <p><b>Thérapie de groupe:</b> meilleurs résultats (6 ECR sur 7) : ↑ Rétention des individus dans les services ↓ Abus de substances ↑ Motivation des individus à ne pas rechuter</p> <p><b>Thérapie familiale:</b> Aucune ECR</p> <p><b>Interventions structurelles</b> (2 ECR): ↔ entre approches intensives de gestion de cas intégrée et interventions moins intensives</p> <p><b>Intervention procédurale</b> Résultats prometteurs (mais 1 ECR) ↓ Trouble de consommation pour individus comorbides</p> <p><b>Interventions de réadaptation vocationnelle</b> (2ECR) Études sur le soutien à l'emploi : ↑ Réintégration du marché du travail, mais effets indéterminés sur la consommation de substances</p> <p><b>Interventions résidentielles :</b> (10 ECR). Meilleurs programmes : • intègrent la double problématique • sont plus flexibles (p. ex., normes) • favorisent stabilité résidentielle des individus (durée de résidence ≥ 1an)</p> <p><b>Conclusion</b> Programmes résidentiels intégrés ↑ qualité de vie des individus avec double diagnostic vs traitements résidentiels non intégrés</p>
<b>Risque de biais des études</b>	Aucune évaluation

<b>Auteur (année)/Pays :</b> Reif (2014)/É-U	
<b>Devis/Qualité (outil d'éval) :</b> Revue de la littérature/Qualité : moyenne (ANAES)	
<b>Études incluses dans la revue (nb, devis)/Années</b>	8 revues narratives ou systématiques 21 études : • 7 ECR • 14 études quasi-expér. 1995-2012
<b>Population (n, caract: âge,diagn)</b>	Adultes avec tr. grave de consom. de substances, ou avec tr, concomitant, et qui résident dans des ressources d'hébergement externes supervisées
<b>Intervention</b>	Traitement résidentiel (intégré ou non intégré) +/- intense
<b>Durée/ Fréquence</b>	Service 24 h, 3 niveaux d'intensité : faible, moyen, élevé
<b>Comparateur</b>	Soins usuels moins intenses, traitement résidentiel non intégré
<b>Résultats (Réadaptation, consommation alcool, drogues)</b> ↓ <b>diminution significative</b> ↑ <b>augmentation significative</b> ↔ <b>résultats non significatifs</b>	↔ Efficacité du traitement résidentiel vs efficacité autres traitements pour pop avec tr. grave de consom. de substances  Efficacité modérée du traitement résidentiel (intégré ou non intégré) pour pop avec double diagnostic : ↓ Usage de l'alcool et de drogues ↓ Symptômes psychiatriques ↓ Problèmes sociaux ↑ Emploi ↑ Soutien social
<b>Risque de biais des études</b>	<b>Risque modéré</b> • Études sans gr témoin • Mesures prétest post-test sans outils statistiques



## Programmes de gestion de consommation d'alcool (PGCA) « Managed Alcohol Programs », ou MAP)

### A) Revues de la littérature sur les impacts du PGCA

<b>Auteur (année)/Pays :</b> Mattison (2019)/Canada	
<b>Type de revue / qualité méthod. (outil d'éval)</b>	Revue rapide Qualité = moyenne (RAPeer checklist)
<b>Nb et devis des publications incluses dans la revue/années</b>	9 publications : 1 revue syst. 1 examen de la portée 5 études primaires 1 commentaire 1 rapport  (Années : non mentionné)
<b>Participants (n, caracté: âge,diagn.)</b>	Adultes avec un tr. sévère de consom. d'alcool
<b>Durée / Fréquence</b>	Dosage alcool varie selon PGCA: Dosage max = 3 doses/jour ou 1 dose/90 min entre 8h et 23h
<b>Comparateur</b>	Aucune mention
<b>Résultats * (Réadaptation, consommation: alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Efficacité :</b> ↓ nb de consom. de breuvages alcoolisés <sup>9</sup> par jour ↑ sentiment de sécurité et qualité de vie ↓ incidents liés à la consom. d'alcool ↓ contacts avec la police ↓ visites à l'urgence et admissions à l'hôpital ↔ individu vs groupe: test de fonctionnement du foie  <b>Caractéristiques des PGCA au Canada et à l'étranger :</b> 23 PGCA dans 5 prov canadiennes (C-B, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario).  Hors Canada : Aucun PGCA. Certains pays envisagent d'en implanter, dont l'Australie
<b>Risque de biais des études</b>	Aucune évaluation
<b>Auteur (année)/Pays :</b> Smith-Bernardin (2022)/É-U	
<b>Type de revue / qualité méthod. (outil d'éval)</b>	Examen de la portée Qualité = Élevée (PRISMA-SrC)
<b>Nb et devis des publications incluses dans la revue/années</b>	32 publications abordant 38 PGCA/ (2006-2021)

<sup>9</sup> Il s'agit ici d'alcool impropre à la consommation comme les rince-bouches, les désinfectants pour les mains, etc.

<b>Participants</b> (n, caracté: âge,diagn.)	Adultes avec tr. sévère de consommation d'alcool
<b>Durée/Fréquence</b>	Variable selon les études
<b>Comparateur</b>	Résultats avant vs pendant PGCA sur : santé des clients, réduction des méfaits, problèmes liés à la consom. d'alcool
<b>Résultats *</b> (Réadaptation, consommation : alcool, drogues) ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<p><b>4 catégories de résultats :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Résultats mesurables du PGCA (14 études): <ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Qualité de vie des participants (santé phys.)</li> <li>↓ Habitudes de consom. d'alcool</li> <li>↑ Bien-être selon les participants (autodétermination, sécurité, intégration sociale, non-stigmatisation)</li> </ul> </li> <li>↑ Durée de résidence (stabilité)</li> <li>Faisabilité + dével du PGCA dans les communautés : Pratique exemplaire implique la participation des clients + membres de la communauté</li> <li>Recommandations pour l'implantation du PGCA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séparer clients « stabilisés » vs nouveaux clients</li> <li>• Aménagement des lieux (faciliter l'accès)</li> <li>• Espaces d'entreposage + personnel additionnels pour la distribution de l'alcool aux clients</li> <li>• Intégration des personnes LGBTQ+</li> <li>• Meilleure communication entre le personnel et la clientèle; et entre eux avec la communauté</li> </ul> </li> </ol>
<b>Risque de biais des études</b>	Aucune évaluation
<b>Auteur (année)/Pays : BCCSU-CISUR (2023)/Canada</b>	
<b>Type de revue / qualité méthod. (outil d'éval)</b>	Cadre de référence Qualité = Élevée (AACODS)
<b>Nb et devis des publications incluses dans la revue / années</b>	Articles scientif. + litt. grise / (1990 à fév 2021)
<b>Participants</b> (n, caracté: âge,diagn.)	Personnes avec un tr. de consom. d'alcool, parfois un double diagnostic (Âge? N?)
<b>Durée/Fréquence</b>	Variable selon les études retenues
<b>Comparateur</b>	Aucune mention
<b>Résultats *</b> (Réadaptation, consommation : alcool, drogues) ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	Résultats des revues systématiques : voir le présent rapport
<b>Risque de biais des études</b>	Aucune évaluation

## B) Études d'observation sur les impacts du PGCA (Source : BCCSU-CISUR 2023)

<b>1<sup>er</sup> auteur/Année :</b> Podymow (2006)	
<b>Devis</b>	Pré- Post- intervention
<b>Pop</b>	n = 17
<b>Site</b>	Gîte (Ottawa)
<b>PGCA : Durée/Fréquence</b>	16 mois (moy.), étendue de 5 à 24 mois
<b>Objectif</b>	Évaluer l'impact du PGCA sur la consom. d'alcool, la fréq des visites à l'urgence et les contacts avec la police
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	Aucun groupe témoin
<b>Résultats (Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	↓ 51 % nb contacts avec la police ↓ 40 % visites à l'urgence (moyenne mensuelle) ↔ Tests sanguins : niveau d'alcool dans le sang (avant PGCA vs pendant PGCA) ↓ Consom. d'alcool d'après les participants ↑ Hygiène + nutrition + engagement dans les soins d'après les participants + le personnel
<b>1<sup>er</sup> auteur/Année :</b> Pauly et collab. (2013)	
<b>Devis</b>	Pré- post intervention (méthode mixte)
<b>Pop</b>	n = 7
<b>Site</b>	Ressource résident. (Vancouver)
<b>PGCA : Durée/Fréquence</b>	Aucune mention
<b>Objectif</b>	Évaluer l'impact du PGCA sur la stabilité résidentielle, l'accès et l'utilisation de services de santé, e fonctionnement social, habitudes de consommation, méfaits dus à la consom d'alcool, et les changements à l'état de santé
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	Aucun groupe témoin
<b>Résultats (Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	↓ Consom. d'alcool d'après participants ↓ Plusieurs probl liés à l'alcool (fonctionnement social, probl. financiers, crises de sevrage) d'après participants + personnel ↑ État de santé ↑ Accès aux serv de santé + psycho-sociaux d'après participants + personnel ↑ Soutien social (réseau social) d'après participants + personnel

<b>1<sup>er</sup> auteur/Année :</b> Vallance et collab. (2016)	
<b>Devis</b>	Étude longitudinale
<b>Pop</b>	n = 38 sans-abri (dont 18 clients PGCA)
<b>Site</b>	Ressource résident. (Ontario)
<b>PGCA : Durée/Fréquence</b>	Aucune mention
<b>Objectif</b>	Évaluer l'impact du PGCA sur les habitudes de consommation et ses conséquences : stabilité résidentielle, contacts avec la police, méfaits, état de santé, lien avec les services de santé
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	n= 20 participants (caract démog comparables au gr interv et répondant aux critères d'admissibilité du PGCA)
<b>Résultats (Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Clients PGCA vs gr témoin :</b> ↓ Consom. de breuvages non alcoolisés (4,3/jour vs 12,4/jour) ↓ 43 % nb contacts avec la police ↓ 70 admissions à un progr. de désintox. ↓ 47 % visites à l'urgence ↔ Méfaits (probl légaux, vie quotid, crises de sevrage, etc.) Stabilité résid : 72 % des participants (13 PGCA) vs itinérance pour gr témoin
<b>1<sup>er</sup> auteur/Année :</b> Stockwell (2018)	
<b>Devis</b>	Étude observ controlée
<b>Pop</b>	n = 364 (n = 175 clients PGCA, n = 189 pers. gr témoin)
<b>Site</b>	6 ress. résident. dans 5 villes canadiennes (Vancouver, Thunder Bay, Toronto, Ottawa, Hamilton)
<b>PGCA : Durée/Fréquence</b>	Variable
<b>Objectif</b>	Évaluer la consom d'alcool
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	n= 189 participants (caract démog comparables au gr interv)
<b>Résultats (Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Clients PGCA vs gr témoin :</b> ↓ Consom. d'alcool (après 2 mois : 15.1 consom/j vs 22.2 consom/j) ↓ Méfaits : santé phys, activités illégales, probl sociaux (après 30 j)) ↓ Consom de drogues illicites, de vols de boissons alcoolisées ou dans des résidences Meilleure gestion de leur argent pour l'achat d'alcool (après 2 mois) ↑ Engag dans traitements (clients à long terme du PGCA)

<b>1<sup>er</sup> auteur/Année :</b> Pauly (2019)	
<b>Devis</b>	Étude qualitative (entretiens)
<b>Pop</b>	N = 100 (50 participants, 50 membres du personnel)
<b>Site</b>	6 PGCA dans 5 villes canadiennes non identifiées
<b>PGCA: Durée/Fréquence</b>	Aucune mention
<b>Objectif</b>	Impacts du PGCA sur la réduction des méfaits associés à la consommation de substances et à la situation d'itinérance
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	Aucune mention
<b>Résultats (Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Participants aux PGCA:</b> Avant PGCA: vies d'itinérants (instabilité résidentielle, absence de services de santé et psychosociaux si non abstinents) Avec PGCA: stabilité résidentielle, soins de santé adéquats, soutien sans prérequis d'abstinence de consom. d'alcool
<b>1<sup>er</sup> auteur/Année :</b> Stockwell (2021)	
<b>Devis</b>	Étude longitudinale
<b>Pop</b>	N = 175 (59 clients PGCA, 116 pers. (gr témoin))
<b>Site</b>	59 PGCA dans 6 villes canadiennes non identifiées
<b>PGCA: Durée/Fréquence</b>	Variable
<b>Objectif</b>	Évaluer la consom d'alcool et les méfaits qui s'en suivent
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	n = 20 participants (caract démog comparables au gr interv et sans traitement pour tr. de consom d'alcool)
<b>Résultats (Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Clients PGCA vs gr témoin :</b> ↓ Consom. d'alcool et breuvages non alcoolisés pour les 2 gr : mais client PGCA sur 25 jours vs 19 jours pour gr témoin ↓ Méfaits (suivi de 2 mois et 6 mois) vs gr témoin, mais ↔ méfaits (après 12 mois)
<b>1<sup>er</sup> auteur/Année :</b> Stockwell (2021)	
<b>Devis</b>	Étude longitudinale
<b>Pop</b>	N = 175 (59 clients PGCA, 116 pers. (gr témoin))
<b>Site</b>	59 PGCA dans 6 villes canadiennes non identifiées
<b>PGCA: Durée/Fréquence</b>	Variable
<b>Objectif</b>	Évaluer la consom d'alcool et les méfaits qui s'en suivent
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	n= 20 participants (caract démog comparables au gr interv et sans traitement pour tr. de consom d'alcool)

<b>Résultats</b> <b>(Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Clients PGCA vs gr témoin :</b> ↓ Consom. d'alcool et breuvages non alcoolisés pour les 2 gr : mais client PGCA sur 25 jours vs 19 jours pour gr témoin ↓ Méfaits (suivi de 2 mois et 6 mois) vs gr témoin, mais ↔ méfaits (après 12 mois)
<b>1<sup>er</sup> auteur/Année : Zhao (2021)</b>	
<b>Devis</b>	Essai contrôlé de cohorte rétrospect.
<b>Pop</b>	N = 333 (PGCA: n = 205)
<b>Site</b>	7 PGCA dans 5 villes canadiennes non identifiées
<b>PGCA : Durée / Fréquence</b>	12 ans
<b>Objectif</b>	Évaluer l'impact du PGCA sur l'état de santé des participants (visites probables à l'urgence, hospitalisation, mortalité)
<b>Comparateur (groupe témoin)</b>	n = 128 participants répondant aux critères d'admissibilité du PGCA
<b>Résultats</b> <b>(Réadaptation, consommation : alcool, drogues)</b> ↓ diminution significative ↑ augmentation significative ↔ résultats non significatifs	<b>Clients PGCA vs gr témoin :</b> ↓ Temps d'hospitalisation (12.7 j. vs 20.0 j./année) <b>Avant/Pendant/Après PGCA :</b> ↓ Risque de mortalité ↓ Visites à l'urgence









*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 

Conception graphique: Direction de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation  
Tous droits réservés © CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, août 2024