



**Titre du projet :**

La continuité des soins auprès des personnes présentant un trouble mixte de maladie mentale et de toxicomanie : Responsabilité des usagers et perspective organisationnelle

**Chercheurs(res) :**

M. Clément, D. Aubé, C. Beaucage, M. Tremblay

**Objectif(s) du projet :**

1) caractériser, au regard de la continuité des soins, les forces et les faiblesses de l'actuelle dispensation des services sur les plans de l'accueil, de l'évaluation, du traitement et du suivi des personnes présentant un trouble mixte de maladie mentale et de toxicomanie et ;  
2) dégager les stratégies adaptatives permettant de pallier aux difficultés rencontrées sur chacun de ces plans.

**Hypothèses ou questions de recherche :**

1) Quelles sont les difficultés rencontrées à la réalisation de la continuité des soins par les intervenants et les usagers et ce, aux différentes étapes de la trajectoire de services (accueil, évaluation, traitement et réadaptation/suivi); et  
2) Quelles sont les stratégies que les intervenants et les usagers adoptent ou proposent pour pallier aux difficultés rencontrées.

**Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :**

Personnes âgées entre 18 et 64 ans présentant un trouble mixte\*\* de maladie mentale et de toxicomanie. Ces individus devaient demeurer, au moment de l'étude, sur le territoire de la région de Québec (03). Ont été exclus les individus hospitalisés, ceux traités dans les urgences ainsi que les personnes résidant dans les ressources résidentielles rattachées au réseau de la santé (ressources familiales et intermédiaires, placements, ...).

\*\*Par trouble mixte, il faut entendre la présence simultanée de troubles mentaux graves et de troubles de consommation de substances. Les troubles mentaux graves se définissent, pour leur part, comme étant la schizophrénie, le trouble schizoaffectif, le trouble affectif bipolaire et la dépression majeure.

**Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fonde votre recherche :**

La maladie mentale et la toxicomanie sont deux maladies chroniques dont l'évolution fluctuante entraîne de multiples épisodes de soins. Nous sommes partis du présupposé que pour recevoir le soutien nécessaire à leur condition, les individus doivent cheminer, durant de longues périodes de temps et à de multiples occasions, à travers deux réseaux de soins, soit celui de la santé mentale et celui de la toxicomanie. En prenant comme point de départ l'un et l'autre de ces réseaux, nous nous sommes proposés, plus concrètement, d'analyser la trajectoire de services afin d'y repérer "où", "quand" et "comment" surviennent les discontinuités.

La continuité des soins a été étudiée à partir d'une approche multidimensionnelle s'inspirant principalement des travaux de Bachrach et de Starfield, ainsi que de ceux de Penchansky et Thomas. Les **onze composantes** utilisées pour définir la continuité sont les quatre sous-dimensions de l'accès: 1) la disponibilité, 2) l'accessibilité, 3) l'adéquation et 4) l'acceptabilité, ainsi que les dimensions de 5) la longitudinalité, 6) l'intersectorialité, 7) la flexibilité, 8) l'individualité (incluant comme sous-dimension 9) la participation), 10) la relation fiable et continue et 11) le transfert d'informations. Théoriquement, l'accomplissement de la continuité des soins repose sur la somme de ces dimensions et sous-dimensions.

**Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte votre projet :**

**Vision ou culture organisationnelle** (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de services versus santé etc.*)

**Structure organisationnelle**

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

**Ressources**

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

2. Niveau (*quantité, répartition*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

**Pratiques**

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

## Effets

### 1. Profil d'utilisation

Reçoit ou non les services requis par la double pathologie

### 2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Diagnostic sur l'existence ou non d'une continuité des soins

### 3. Santé

## Stratégie de recherche:

Analyse d'intervention. Étude longitudinale. Les usagers et leurs intervenants significatifs ont été rencontrés à trois reprises sur une période de six mois de manière à retracer la trajectoire dans les deux réseaux des services (santé mentale et toxicomanie) à la lumière des différentes dimensions de la continuité des soins : la disponibilité, l'accessibilité, l'adéquation et l'acceptabilité, ainsi que la longitudinalité, l'intersectorialité, la flexibilité, l'individualité (incluant comme sous-dimension la participation), la relation fiable et continue et le transfert d'informations.

## Variables à l'étude :

Étude de cas

## Type de devis

Il s'agit d'une étude qualitative longitudinale de type descriptif et exploratoire, réalisée à partir de deux sources de données. La première source provient des intervenants impliqués dans le traitement et (ou) le suivi des personnes comorbides. Les usagers ayant un trouble de comorbidité constituent la seconde source d'information. À mesure de leur entrée dans les différentes ressources, une cohorte d'usagers a été suivie sur une période de 6 mois, et ce, à l'intérieur d'une période de collecte d'informations d'une durée d'un an.

## Échantillon (*type d'échantillon, taille des effectifs*)

Compte tenu des objectifs de l'étude, l'échantillonnage par quotas a été retenu. Dans la présente étude, ces caractéristiques découlent de la nature de la problématique (trouble mixte) et renvoient, sur un plan général, à la nécessité de couvrir les principales ressources du territoire qui sont impliquées auprès de personnes présentant un trouble mixte. Pour être sélectionnées, les ressources devaient avoir une vocation en santé mentale, en toxicomanie ou mixte, offrir des services sur une base ambulatoire et, dans le cas des ressources communautaires, intervenir sur l'une ou l'autre des problématiques à l'une ou l'autre des étapes de la trajectoire de soins (évaluation, traitement, suivi). En toxicomanie, les ressources retenues étaient la clinique externe d'un centre hospitalier, un centre de réadaptation et trois organismes communautaires; en santé mentale, il y avait les cliniques externes de deux centres hospitaliers dont une institution psychiatrique, deux centres locaux de services communautaires (CLSC) et trois organismes communautaires. Chaque catégorie de ressource devait recruter un quota préétabli d'usagers.

Les utilisateurs des services ayant participé à l'étude et souvent identifiés en termes d'usagers ont été sélectionnés en fonction de critères suivants: 1) être âgé de 18 à 64 ans; 2) présenter un trouble mental grave diagnostiqué par un psychiatre et avoir eu, au cours des six derniers mois, un problème actif de toxicomanie vérifié par l'utilisation du AUS et du DUS13; 3) utiliser des services ambulatoires; et 4) résider sur le territoire de la communauté urbaine de Québec.

Au total, nous avons rencontré vingt usagers et vingt intervenants pivots. Ces derniers provenaient de ressources oeuvrant en santé mentale, de ressources en toxicomanie ainsi que de ressources intervenant auprès de personnes comorbides.

## Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

L'entrevue semi-dirigée auprès d'intervenants et d'usagers est le moyen qui a été retenu pour colliger l'information nécessaire à la rencontre des objectifs de l'étude. Conformément à ces objectifs, les schémas d'entrevues se sont organisés principalement autour de 3 axes : 1) L'expérience vécue par l'utilisateur aux différentes étapes (accueil, évaluation, traitement, suivi) de sa trajectoire de services (satisfactions/ insatisfactions, motivations à accepter/refuser le traitement, le suivi ? etc.) (ce bloc thématique s'adressait uniquement aux usagers) ; 2) Le repérage des discontinuités liées à l'actuelle dispensation des services en fonction des dimensions de la continuité des soins étudiées. Il s'agissait de chercher à comprendre ce qui fait problème selon les dimensions de la continuité des soins étudiées, à quel moment surgissent ces problèmes, en lien avec quoi, en lien avec qui, etc. (ce bloc thématique s'appliquait indistinctement aux usagers et aux intervenants); 3) Le repérage des forces de l'actuelle dispensation des services en lien avec la continuité des soins. Il s'agissait, cette fois, de chercher à comprendre pourquoi cela fonctionne, ce que cela apporte, quelles sont les conditions qui assurent un tel fonctionnement, etc. (ce bloc thématique s'appliquait indistinctement aux usagers et aux intervenants).

## Type d'analyse (*quantitative, qualitative, triangulation*) :

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits sous forme verbatim. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique, supportée par le logiciel In Vivo. L'analyse a été orientée par la nature des objectifs précités, par le type de réseaux de soins (santé mentale et toxicomanie), le type de ressources impliquées ainsi que certaines caractéristiques individuelles. Plus précisément, l'analyse devait permettre de répondre aux questions suivantes : I) Quelles sont, dans les ressources relevant des réseaux de soins en santé mentale et en toxicomanie, les discontinuités observées dans la trajectoire de services des usagers et ce au regard : 1) des facteurs d'ordre organisationnel ; 2) du point de vue des usagers ? II) Quelles sont, dans les ressources relevant des deux réseaux, les forces observées dans la trajectoire de services des usagers sur le plan de la continuité des soins, et ce, au regard : 1) des facteurs d'ordre organisationnel ; 2) du point de vue des usagers ? III) Quelles sont les stratégies permettant de pallier aux difficultés rencontrées ?

## Période de temps sur laquelle porte l'étude :

Septembre 2000 à Juillet 2003

## Résultats, aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs et points communs et distinctifs avec autres projets sur la continuité :

### Résultats de l'étude en lien avec les effets et la prise de décision :

1. Au sens où nous l'avions posé, il n'existe **pas de continuité des soins** entre les services de santé mentale et de toxicomanie, condition pourtant jugée nécessaire pour compenser l'absence d'approche intégrée auprès de la clientèle présentant un trouble concomitant de maladie mentale et de toxicomanie; les **liens formels** entre les services de santé mentale et de toxicomanie sont **à peu près inexistantes**;
2. Le **lien de l'utilisateur** avec les **services en santé mentale**, notamment pour ce qui est des ressources spécialisées, est **bien ancré**, mais on **intervient peu** ou pas sur le problème de **toxicomanie**; cela **peut s'expliquer par la sévérité des troubles mentaux en cause**, d'après les critères de sélection de la présente étude;
3. Le recours aux **services** se fait **en silo**, même si le **transfert d'information entre médecins est bien rodé**. Cette réalité **nuît**, entre autres, à l'obtention d'une **cohérence d'ensemble des interventions**. Cependant, des **liens** de nature **informelle** peuvent résulter d'**initiatives isolées** de la part d'intervenants persévérants et dévoués;
4. **Aucune ressource ne se sent véritablement imputable de cette clientèle**, la présence de la deuxième morbidité justifiant habituellement ce positionnement;
5. Les **intervenants** qui, dans cette étude, œuvrent en grande **majorité en santé mentale**,

reconnaissent posséder une **expertise limitée** pour intervenir sur la **double problématique** et conviennent qu'ils auraient besoin de **consolider** leur **formation en toxicomanie**, notamment sur le plan du dépistage et de l'intervention, au-delà du soutien et du traitement habituel;

6. Cette clientèle fait l'objet d'une **représentation négative** et des intervenants affirment avoir peu d'espoir que l'intervention change les choses;

7. Compte tenu des **conditions liées à la comorbidité**, certaines des règles en vigueur, plus ou moins explicites, ont pour **effet d'exclure cette clientèle de certaines ressources**; à titre d'exemple, on peut citer les exigences associées aux interventions de groupe dans les ressources communautaires de toxicomanie;

8. Les **services de santé mentale et de toxicomanie procèdent selon des logiques de soins différentes**, ce qui **nuît** probablement au **développement** de leurs **liens** : les interventions de **toxicomanie** se centrent davantage sur un épisode de **surconsommation**, de nature **ponctuelle**, alors que l'intervention en **santé mentale** s'apparente plutôt au **suivi à moyen et long terme d'une maladie chronique**;

9. Les **usagers** se montrent extrêmement **sensibles** aux **manières d'être** des **intervenants**, et beaucoup **moins** à leurs **manières de faire**; c'est là un aspect crucial qui semble **favoriser le maintien du lien entre l'intervenant et l'usager** et qui milite en faveur d'une certaine **stabilité des intervenants**;

10. Le **lien de l'usager** avec son **intervenant** est apprécié et valorisé, mais **fragilisé** par la **grande mobilité** des intervenants en première ligne, particulièrement dans les **organismes communautaires**;

11. Le **concept de continuité des soins**, tel que **défini** dans cette **étude**, pose des **problèmes**, principalement sous les **trois aspects** suivants :

a. L'**analyse** de la plupart des **dimensions** peut se faire **indépendamment de l'existence de liens** entre les services de **santé mentale** et de **toxicomanie**, ce qui suggère que **l'essence même de la continuité des soins se distingue de la présence de ces liens**;

b. La **performance globale** sur les **dimensions** retenues **ne permet pas de préjuger d'une cohérence d'ensemble** orientée vers l'atteinte d'objectifs cliniques partagés; or, il s'agit là d'un bénéfice important recherché par l'actualisation de la continuité des soins;

c. La **perspective de l'usager** puise à même **son vécu** et se ramène à des **préoccupations circonscrites** : la **réponse** à certaines **attentes**, la présence d'une **interaction** et surtout la **qualité relationnelle** dont l'appréciation repose d'abord sur le côté humain de l'intervenant. Le **point de vue de l'usager** sur les **aspects organisationnels** est **peu développé**.

#### **Aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs :**

La reconnaissance par les décideurs des problèmes de continuité vécus par la clientèle présentant des troubles mixtes de maladie mentale et de toxicomanie et la nécessité d'un meilleur réseautage entre les ressources étaient déjà acquises au moment d'élaborer le protocole de recherche déposé à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Deux faits importants témoignaient de cette reconnaissance. D'abord, l'adoption du Plan de consolidation des services 1999-2002 dans lequel la double problématique santé mentale et toxicomanie est ciblée comme une priorité d'action par la Régie régionale de la santé et des services sociaux, l'organisme décisionnel le plus influent sur les plans de la gestion et de l'organisation des services. De plus, il faut rappeler ici que la présente étude est l'initiative de deux chercheurs décideurs de la Régie régionale. Cela prouve, sans équivoque, l'importance que la présente étude revêt pour les décideurs. Il importe de souligner qu'autour de cette étude ont également été réunis des gestionnaires et des intervenants des principales ressources institutionnelles et communautaires du domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. La réussite de cette mobilisation est un indice important de l'intérêt que ces autres acteurs portent également à la recherche ainsi que des retombées de celle-ci dans les différents milieux. Cette mobilisation, du reste, se présente comme une condition incontournable pour améliorer la dispensation des services auprès de la clientèle présentant un trouble mixte de maladie mentale et de toxicomanie, et ce, tant à l'intérieur de chacune des ressources que sur le plan des mécanismes d'orientation et de référence qui s'instaurent entre elles. En fait, au delà des résultats qui étaient à produire, la recherche a été en elle-même une stratégie utilisée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux pour promouvoir le maillage entre les différents niveaux d'action (décisionnels, administratifs et cliniques) et les divers réseaux de soins (santé mentale et toxicomanie). C'est par ce maillage qu'il est possible de construire la

continuité des soins.

**Points distinctifs avec autres projets sur la continuité :**

- 1) Étude de Jeannie Haggerty et coll. intitulée *L'impact de l'organisation des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne sur divers paramètres de performance des services, notamment l'accessibilité et la continuité* :

Au plan du cadre conceptuel, les dimensions de la continuité sont différentes.

Au plan de la méthode de recueil des données, notre étude, grâce à la méthode qualitative de collecte de données par entretiens semi-structurés, a permis de faire ressortir des aspects de la continuité sous des angles différents de celle de J. Haggerty: 1) de faire ressortir la qualité relationnelle dans le lien entretenu par l'utilisateur avec l'intervenant; 2) de montrer l'influence de la représentation parfois négative des intervenants des usagers ayant la comorbidité et 3) de constater l'existence de deux logiques de soins différentes, soit un suivi de maladie plus ponctuelle en toxicomanie et celui en santé mentale plus à long terme.

Autre point distinctif : sur la coordination considérant que dans notre étude, on n'a pas retrouvé de liens formels ou organisationnels interétablissement mais sur le plan informel, des liens peuvent résulter d'initiatives isolées de la part d'intervenants persévérants et dévoués.

- 2) Étude de L.R. Poirier et coll. intitulée *Impact de l'intégration des services sur le maintien dans la communauté des personnes avec troubles mentaux graves en situation de crise*.

Notre étude se distingue de celle de L.R. Poirier par l'inclusion de la clientèle ayant des troubles induits par une substance, ainsi que par son type d'analyse sur les interventions et non pas sur les effets.

**Points communs avec autres projets sur la continuité :**

- 1) Étude de Jeannie Haggerty et coll. intitulée *L'impact de l'organisation des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne sur divers paramètres de performance des services, notamment l'accessibilité et la continuité* :

Même prise en compte de perspectives des utilisateurs de soins et services de première ligne et de leur expérience quant à l'accessibilité et la continuité et un résultat commun au regard de la continuité relationnelle;

L'utilisation de l'urgence se ressemble dans les deux études en milieu urbain, étant plus liées aux caractéristiques du patient qu'aux caractéristiques organisationnelles.

- 2) Étude de L.R. Poirier et coll. intitulée *Impact de l'intégration des services sur le maintien dans la communauté des personnes avec troubles mentaux graves en situation de crise*.

Les questions de recherche sur l'organisation des services mises en lien avec la continuité, la collaboration interorganisationnelle se ressemblent dans les deux études, ainsi que les constats sur les ressources institutionnelles prises isolément lesquelles sont insuffisantes pour répondre à l'éventail des besoins de la clientèle.

Il en est de même sur les barrières culturelles entre les réseaux, même si dans l'étude de Poirier, il est question des réseaux public et communautaire alors que dans notre étude, il est question des réseaux de la santé mentale et celui de la toxicomanie. Enfin, les deux études relatent l'existence d'un comité regroupant décideurs, cliniciens et chercheurs durant l'étude comme un point facilitant, tant sur le déroulement de l'étude que sur la diffusion des résultats.

**Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :**

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
<b>Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :</b>				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon ( <i>puissance statistique</i> )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention ( <i>logique/théorie de l'intervention</i> )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation ( <i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :</b>				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique ( <i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation ( <i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/répliquabilité</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention ( <i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : gestion centrée sur les services plutôt que sur la relation, or la continuité des soins passe par la relation				
Décrivez les éléments facilitants : L'implication personnelle des professionnels intervenant auprès d'une clientèle comorbide				

\*S. O. : Sans objet

**Sources de financement :**

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS): 82 163 \$
Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ): 8 056 \$

### Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet :

L'étude a bénéficié de la présence au sein de l'équipe de recherche de chercheurs décideurs de même que d'un comité aviseur constitué de manière à renforcer l'impact souhaité par l'étude, c'est-à-dire d'éclairer les décideurs (sur les plans législatif, administratif et clinique) quant à la façon d'organiser les services pour les rendre plus congruents aux besoins de la clientèle présentant une comorbidité. Les membres de ce comité sont des acteurs régionaux influents sur les trois plans précités et ce, tant dans le domaine de la santé mentale que dans celui de la toxicomanie. Il est à remarquer que la composition du comité aviseur reflète également les trois principaux types de ressources impliquées dans le traitement de la santé mentale et (ou) de la toxicomanie. Il s'agit des ressources institutionnelles en santé mentale et en toxicomanie : hôpitaux, centres locaux de services communautaires (CLSC), des ressources spécialisées en toxicomanie ainsi que des organismes communautaires en santé mentale.

Par ailleurs, en plus des canaux habituels de diffusion des résultats de recherche (articles scientifiques, articles de vulgarisation, communications, etc.), cette étude capitalisait sur le processus d'interaction prévu tout au long de sa réalisation entre les intervenants du milieu, les représentants des services, les différentes instances communautaires, les gestionnaires de services et les décideurs en santé mentale et en toxicomanie pour assurer un échange continu.

### Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Intrants pour l'élaboration du plan régional d'organisation des services pour la clientèle présentant une double problématique santé mentale /toxicomanie
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Sensibilisation des ressources de santé mentale et de toxicomanie sur l'existence concomitante des deux problématiques et sur l'importance d'agir sur les deux.
Associations / ordres professionnels	
Groupes communautaires	Sensibilisation des groupes communautaires de santé mentale et de toxicomanie sur la complexité de l'intervention lorsqu'il y a co-existence des deux problématiques et sur les limites actuelles de l'intervention à cet égard (ex: exclusion, pour des raisons fonctionnelles, des clientèles ayant des problèmes de santé mentale lors des interventions de groupe en toxicomanie ou des clientèles ayant des problèmes de consommation active pour des interventions sur le suivi dans la communauté etc.).

**Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?**

- 1) **Au plan théorique**, travailler à la clarification conceptuelle de la notion de continuité des soins ;
- 2) **Au plan pratique**, développer des indicateurs de suivi de l'implantation des orientations et des recommandations du rapport sur l'organisation des services de santé mentale et de toxicomanie pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale associés à des problèmes de toxicomanie (produit par le comité régional sur la double problématique santé mentale et toxicomanie et en voie d'adoption par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (ADRLSSSCN) au cours de l'automne 2004).

**Principaux mots-clés**

Continuité des soins, intégration des services,