

Modèles d'accès rapide aux services liés à l'usage de substances

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a récemment commandé un examen rapide de la littérature publiée pour analyser les modèles d'accès rapide aux services et soutiens liés à l'usage de substances et déterminer dans quelle mesure ces modèles atteignent leurs buts. L'examen avait comme objectifs d'identifier quelles composantes facilitent l'accès aux services de traitement liés à l'usage de substances et la participation à ces derniers et dans quelle mesure les modèles ont permis d'améliorer l'accès aux services. Le présent survol résume les principaux constats faits dans le [rapport technique](#).

Messages clés

- La réponse à la pandémie de COVID-19 a amplifié les lacunes dans le continuum de services et de soutiens pour le traitement de l'usage de substances. C'est pourquoi il est plus important que jamais de proposer des modèles qui améliorent l'accès et la mobilisation, quel que soit le degré de risques et de gravité des problèmes, et qui prévoient l'accès à des outils d'autocontrôle efficaces.
- Comme les taux d'usage de substances et de méfaits connexes sont élevés et que la majorité des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances disent que leurs besoins n'ont pas été satisfaits et que les temps d'attente sont longs, il faut faire preuve d'innovation pour accroître la portée et l'ampleur des services et soutiens, la mobilisation et l'engagement efficace avec ceux qui ont besoin de services, dont les membres de populations vulnérables.
- Un examen rapide de la littérature a permis d'identifier cinq modèles d'accès rapide aux services et soutiens liés à l'usage de substances et leurs composantes fondamentales permettant de répondre efficacement aux besoins d'aide et d'accès des clients, soit les modèles hospitaliers, les modèles de services mobiles et d'approche active, les modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements, les modèles de services intégrés pour les jeunes et les modèles d'accès centralisé et coordonné.
- Parmi les caractéristiques communes aux modèles qui sont efficaces et ont des issues positives, notons la conception faite avec les populations cibles et l'adaptation à leurs besoins, la flexibilité dans l'accès aux services et leur prestation, la capacité de mobilisation, le soutien à la transition entre services, les équipes multidisciplinaires, l'inclusion de pratiques fondées sur des données probantes et l'évaluation.

Usage de substances au Canada

L'usage de substances, les troubles associés et les problèmes de santé mentale et physique connexes ont coûté près de 46 milliards de dollars aux Canadiens en 2017 (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020)¹. Selon des

¹ Cette estimation exclut les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence pour le Québec, d'où une probable sous-estimation d'environ 857 millions de dollars, ou 1,9 % du coût total.



estimations, jusqu'à un adulte canadien sur cinq serait à risque de vivre de tels problèmes (Rush, Tremblay et Brown, 2019), et jusqu'à un adolescent sur dix pourrait avoir une consommation à risque élevé et problématique (Tremblay et coll., 2019). Chez les adultes canadiens présentant un trouble lié à l'usage de substances, environ un quart déclarent que leurs besoins de soutien sont insatisfaits (Sunderland et Findlay, 2013), alors que seul un sur dix d'entre eux environ a eu recours à des services ou des soutiens liés à l'usage de substances.

De nombreux facteurs contribuent à la faible couverture des traitements, comme l'impression de pouvoir gérer par soi-même son problème de consommation, la stigmatisation associée au fait de demander de l'aide et d'admettre certaines difficultés en lien avec sa consommation et des expériences négatives vécues précédemment avec des services d'aide (McQuaid et coll., 2017; Urbanoski, Inglis et Veldhuizen, 2017). La disponibilité des services (emplacement, offre, options de services et soutiens, populations servies, adaptation culturelle et durée du temps d'attente) varie d'un endroit à l'autre au pays. Les emplacements ou les heures de service posent parfois des problèmes pratiques, comme le transport, la garde des enfants et les coûts (Urbanoski, 2017).

Au moment de concevoir et de mettre en œuvre des modèles d'accès rapide, il faut tenir compte des différences liées au genre. Ainsi, la prévalence de l'usage de substances des hommes et des femmes varie (Statistique Canada, 2012), tout comme la fréquence à laquelle ils demandent de l'aide (Harris et coll., 2016), leurs taux d'hospitalisations et de visites à l'urgence en lien avec l'usage de substances (Institut canadien d'information sur la santé, s.d.), la transition d'une consommation non problématique à un usage dangereux (Poole et Dell, 2005), la gravité de leurs profils cliniques et les obstacles à l'accès au traitement (Canada FASD Research Network, 2014). À noter que les différences liées au genre chez les adolescents ne sont pas toujours les mêmes que chez les adultes.

Accès rapide aux soins et réponse à la pandémie

La réponse à la pandémie de COVID-19 a eu une grande incidence sur l'usage de substances des Canadiens, et on a constaté une hausse du nombre de décès par surdose et du nombre d'appels aux services médicaux d'urgence attribuables aux opioïdes pendant cette période (Kapelos, 14 juin 2020; Rose et coll., 2020). Avant la pandémie, le recours à la télémédecine et aux autres technologies pour fournir des traitements de l'usage de substances était limité. Selon certaines données probantes, les services et soutiens technologiques favoriseraient plus efficacement la rétention en soins des personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes (Eibl et coll., 2017) et la participation des médecins dans les traitements liés à l'usage de substances (Komaromy et coll., 2016) que les traitements en personne.

En réponse à la pandémie, de nombreux organismes de partout au Canada ont rapidement adopté des technologies pour continuer d'offrir leurs services et soutiens liés à l'usage de substances. Cette adoption a été facilitée par un guide pratique national de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances sur le recours à la télémédecine pour offrir des services liés à l'usage de substances. Ce guide modifie entre autres les règles de prescription de sorte que les intervenants peuvent confirmer la dose prise de façon virtuelle (Bruneau et coll., 2020).

Il est plus important que jamais de proposer des modèles qui améliorent l'accès et la mobilisation, quel que soit le degré de risques et de gravité des problèmes, et qui prévoient l'accès à des outils d'autocontrôle efficaces. La réponse à la pandémie a amplifié les lacunes dans le continuum de services et de soutiens pour les personnes ayant un problème lié à l'usage de substances ou qui en subissent les méfaits. Si on ne sait pas encore quelles seront les répercussions de la pandémie sur le système de traitement, surtout en ce qui concerne les besoins en services, les innovations en matière de prestation de services assistée par la technologie sont susceptibles de s'intégrer de façon permanente au système de traitement et de soutien à l'avenir.



Objectifs et méthodes

Des modèles visant à faciliter l'accès rapide aux services et soutiens liés à l'usage de substances ont été créés dans plusieurs provinces et territoires canadiens en réponse à des problèmes continus d'accès, à des besoins de soutien insatisfaits et à la nécessité d'une meilleure intégration au vaste secteur de la santé et des services sociaux. Ces modèles sont mis en œuvre à un moment où plusieurs provinces et territoires revoient en profondeur leur système de santé et envisagent de nouvelles voies d'intervention pour se préparer à la possible vague de demandes de services et soutiens liés à l'usage de substances au terme de la pandémie.

L'examen rapide de la littérature publiée que résume le présent document visait à déterminer dans quelle mesure ces modèles atteignent leurs buts, à décrire les composantes fondamentales qui facilitent l'accès aux services de traitement liés à l'usage de substances et la participation à ces derniers, et à déterminer dans quelle mesure ces modèles ont permis d'améliorer l'accès aux services.

Le corpus ayant servi à la rédaction de l'examen rapide a été constitué au moyen de recherches dans des bases de données scientifiques, de recherches sur Internet, de recherches dans la bibliographie de documents pertinents et d'échanges avec un expert clé. Cinq modèles ont été identifiés et examinés. Ce rapport rend compte des résultats obtenus et en résume les implications pour les politiques et les pratiques.

Cinq modèles d'accès rapide aux services liés à l'usage de substances

Modèles hospitaliers

Le trouble lié à l'usage de substances est associé à de plus longs séjours à l'hôpital et à un taux élevé de réhospitalisations (Institut canadien d'information sur la santé, s.d.). Les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et d'usage de substances qui consultent pour cette raison comptent pour près de la moitié des visites fréquentes à l'urgence. Ce lien avec le système médical offre une occasion en or de repérer les problèmes de consommation, d'intervenir de façon précoce pour réduire les risques et les méfaits et d'orienter les personnes vers des services plus spécialisés et intensifs, au besoin.

Parmi les caractéristiques des modèles hospitaliers (les programmes d'accès rapide à la médecine des dépendances en sont un exemple reconnu), notons un accès facilité au traitement par des fournisseurs de services d'un hôpital ou d'un service d'urgence qui orientent vers d'autres services, les demandes d'accès direct et les orientations d'autres services comme les services de soins

Définir « accès rapide »

Quelques facteurs relatifs à l'accès : la facilité d'approche (savoir que les services existent, qu'ils sont accessibles et qu'ils auront une incidence sur la santé), l'acceptabilité, la disponibilité et l'adaptation, l'abordabilité et la pertinence (correspondance entre les services et les besoins, clients dirigés vers les services appropriés).

Parmi les facteurs associés à l'accès **rapide**, notons le temps qu'il faut pour recevoir un service, la rapidité avec laquelle une personne accède à une intervention pertinente après le premier point de contact et la transition rapide vers un service de traitement ou un réseau de service après avoir reçu des services.

La revue de la littérature a fait ressortir deux autres notions pertinentes pour les modèles visant à accélérer l'accès aux services et aux soutiens liés à l'usage de substances. La première est la mesure dans laquelle les personnes reconnaissent avoir besoin d'aide et sont motivées à établir un premier contact avec un service. Cette notion s'articule autour de l'importance des stratégies de mobilisation comme la sensibilisation visant à orienter davantage de personnes vers les services. Selon la seconde notion, les innovations visant à susciter la motivation et la rétention une fois que les clients participent à un service sont essentielles puisque la rétention est un indicateur clé de la réussite d'un traitement.



primaires et de prise en charge du sevrage. Ces modèles permettent l'accès à la médecine des dépendances et à la pharmacothérapie, et prévoient du soutien pour aider les gens qui vivent des problèmes de consommation à faire la transition vers des services liés à l'usage de substances dans la collectivité. Diverses formes de soutien sont offertes, comme la planification du congé, les orientations et cheminements d'orientation, les intervenants accompagnateurs et la transition vers la prescription de médicaments.

Des évaluations ont attesté l'efficacité des modèles d'accès rapide dans les hôpitaux pour mobiliser les patients et favoriser la rétention dans les programmes de traitement, et pour réduire le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations. Des études préliminaires montrent par ailleurs leur rentabilité.

Modèles de services mobiles et d'approche active

Les modèles d'approche active permettent de déployer des équipes ou des intervenants spécialisés dans les résidences et les milieux de vie des personnes qui présentent un risque élevé de consommation (Langabeer et coll., 2020). Les cliniques mobiles ont habituellement recours à de brefs contacts réguliers et dynamiques et offrent des soins traditionnellement offerts en cabinet ou donnent une voie d'accès à ces services. De tels services multidisciplinaires insistent sur les besoins en matière de santé et de soutien social, et une prestation de services à long terme. Ils proposent des ressources matérielles et des mécanismes d'adaptation, visent à mobiliser les clients à l'égard de leur traitement et prévoient une faible charge de cas pour permettre un soutien intensif (Fincham-Campbell et coll., 2018; Drummond et coll., 2017).

Les unités de santé mobile parviennent efficacement à joindre les populations à risque élevé ou stigmatisées, et à amener différents secteurs de la société à se faire dépister pour différentes maladies. Elles seraient rentables puisqu'elles permettent une intervention précoce en matière de santé, contribuent à accroître la capacité des clients à prendre en charge leurs problèmes de santé, diminuent le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations, et améliorent la qualité de vie (Yu, Hill, Ricks, Bennet et Oriol, 2017). Au Canada, les normes de pratique exigent que les équipes qui interviennent auprès de personnes ayant une maladie mentale grave et persistante de compter dans leurs rangs un spécialiste de l'usage de substances pour évaluer les problèmes de consommation et offrir les services appropriés, au besoin (ministère des Services de santé, 2008; ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005). Par contre, la capacité à respecter ces lignes directrices varie pour ce qui est des troubles concomitants.

Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements

Les modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements (DEIROT) visent le dépistage de toutes les personnes qui se présentent dans les divers milieux de soins pour recevoir des services, ce qui permet aux professionnels de repérer et de traiter l'usage problématique ou risqué, même lorsque les personnes ne cherchent pas activement une intervention ou un traitement (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). Les buts du modèle sont de joindre un pourcentage accru de personnes dans le besoin, potentiellement tôt dans leur parcours personnel de consommation et de méfaits potentiels, et d'accroître la participation à des interventions d'intensité et de durée suffisantes. Les modèles de type DEIROT comportent trois composantes. Les clients passent d'abord par un dépistage de l'usage de substances risqué et des problèmes connexes au moyen d'un outil validé et rapide. Les personnes considérées comme à risque reçoivent une intervention rapide (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). Enfin, les clients ayant besoin d'un traitement intensif sont dirigés vers des fournisseurs spécialisés dans le traitement de l'usage de substances. La



prestation de services au moyen de la technologie n'est pas fait l'objet de nombreuses études jusqu'à maintenant, mais celles qui ont été faites ont montré qu'elle permettait de joindre un plus grand nombre de personnes et qu'elle était faisable et acceptable pour les patients.

L'efficacité et la faisabilité des modèles de type DEIROT en milieux de soins primaires ont été largement démontrées dans des essais cliniques bien contrôlés chez des personnes dont les problèmes de consommation vont de légers à modérés. Cependant, on se demande si ces résultats peuvent être appliqués à l'ensemble des milieux de soins primaires. Certains chercheurs estiment qu'un modèle de gestion des maladies chroniques serait plus approprié et efficace pour détecter les problèmes de consommation et donner accès de façon rapide à une vaste gamme de soutiens et de services. Un tel modèle traiterait l'usage de substances comme n'importe quel autre problème de santé chronique et amènerait les fournisseurs de soins à s'informer régulièrement sur l'usage de substances, à conseiller des interventions comportementales en cas de consommation risquée et à fournir du soutien pharmacologique au besoin (McCambridge et Saitz, 2017; Rehm et coll., 2016).

Modèles de services intégrés pour les jeunes

Les services intégrés pour les jeunes (SIJ) visent à améliorer l'accès et la participation des jeunes et de leur famille à des services intégrés fondés sur des données probantes qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences et s'attaquent aux obstacles connus empêchant l'accès et la participation aux services. Quelques principes qui guident la conception et la mise en œuvre de ces modèles :

- Un modèle de soins à accès unique dans des locaux aisément reconnaissables, faciles d'accès et conviviaux pour les jeunes;
- La conception, la prestation, la gouvernance et l'évaluation des programmes et services se font avec les jeunes, les familles, des partenaires communautaires et d'autres acteurs;
- Des services fondés sur des données probantes ou générant de telles données;
- Des services axés sur les jeunes et appropriés sur le plan développemental;
- L'utilisation d'éléments visuels cohérents qui représentent l'éventail des services de bien-être offerts;
- Veiller à ce que les organisations soient en mesure de créer des environnements équitables, inclusifs et culturellement spécifiques, par l'auto-évaluation, l'utilisation de données locales et la participation d'acteurs concernés.

Habituellement, ces modèles réussissent à attirer beaucoup de jeunes dans les services, y compris ceux issus de groupes marginalisés, qui sont habituellement mal servis, et ceux affirmant que sans ces services, ils n'auraient pas pu obtenir des soins. Certains sites disent rencontrer des difficultés avec les délais d'attente et ne pourraient donc pas faciliter l'accès *rapide* aux services et aux soutiens.

Modèles d'accès centralisé et coordonné

L'accès *centralisé* fait généralement référence à un processus d'admission et d'évaluation central après lequel les clients sont dirigés vers le niveau de soins approprié pour eux. L'accès *coordonné*, quant à lui, a habituellement pour but d'assurer l'uniformité des principaux processus d'admission, de dépistage et d'évaluation des fournisseurs de services participants, de même que celle des ententes relatives aux cheminements et aux protocoles d'orientation et de transition entre les fournisseurs et au-delà. Ces deux modèles visent à réduire le temps d'attente et à :



- Faciliter le dépistage efficace avec des critères, des outils et des processus clairs, bien documentés, à faible seuil, cohérents et transparents, qui permettent de trier les cas orientés, de diminuer le temps nécessaire pour l'évaluation et de faciliter l'admission directe aux services requis (Mohr et Bourne, 2004);
- Utiliser des outils et des procédures d'évaluation validés jumelant les personnes aux ressources disponibles, selon leurs forces et leurs besoins;
- Augmenter la rétention en traitement et la continuité des soins, et faciliter la navigation entre les services (Association médicale canadienne, 2011);
- Avoir l'infrastructure pour la transmission de renseignements sur la santé facilitant les transitions et pour la communication et la planification continues entre les partenaires communautaires;
- Utiliser des indicateurs systématiquement recueillis afin d'évaluer le rendement et d'apporter sans cesse des améliorations.

La coordination peut se faire par des centres d'appel qui fournissent des services d'information et d'orientation, sans dépistage, évaluation ou autre intervention clinique, ou par des services de crise qui donnent ces services et assurent un lien rapide et sûr avec des services de gestion immédiate de crise. L'évaluation de la mesure dans laquelle ces services améliorent l'accès au traitement et au soutien est compliquée, mais certaines études font état d'un nombre élevé d'appels et de prises de contact avec ces services, ainsi que d'un nombre considérable de demandes d'information traitées (Wighton, 2009).

Au Canada, le modèle Stepped Care 2.0 englobe des services en lien avec la santé mentale et l'usage de substances et organise les services de façon à ce que les interventions les moins intenses motivées par l'évaluation initiale soient réalisées en premier, puis à ce que des modifications soient apportées en fonction de la détresse ou des besoins des clients. Le modèle Stepped Care offre :

- un accès en tout temps à des registres de services communautaires dans un portail Web;
- des stratégies de navigation;
- de l'information générale sur la santé mentale et l'accès à des outils d'autoassistance;
- un accès téléphonique ou par messagerie texte à des pairs aidants ou, en cas d'urgence, à des conseillers professionnels spécialisés en gestion de crise;
- des consultations individuelles le jour même, sans rendez-vous, pour proposer des solutions immédiates, avec une évaluation minimale et une stratégie de reconnaissance des échecs en vue d'une évaluation approfondie, si nécessaire;
- divers outils technologiques, comme des applications Web et mobiles;
- un suivi continu des résultats pour savoir si une transition vers des interventions plus ou moins intenses s'impose.

Le modèle Stepped Care a montré un certain succès quant à l'amélioration de l'accès, mais a également souligné le besoin d'accroître les ressources.

Les obstacles à la mise en œuvre des modèles d'accès centralisé et coordonné comprennent une portée trop large, la sous-estimation des besoins et des ressources, de même que le manque de compréhension et de collaboration entre les fournisseurs de services participants. Les modèles de planification fondés sur les besoins peuvent être utiles pour estimer les besoins communautaires et



veiller à la prise en compte de la capacité nécessaire aux différents cheminements suivis, selon le niveau de gravité (Rush, Tremblay et Brown, 2019; Rush et Furlong, 2017). Ces modèles proposent une approche efficace à l'arrimage des services lorsqu'ils sont mis en œuvre au moyen de processus et d'outils normalisés, et évalués avec des indicateurs de rendement appropriés. Par contre, ils n'ont pas été suffisamment évalués en fonction des clients et des familles et n'entraînent pas nécessairement de meilleurs résultats thérapeutiques.

Points à considérer pour la future recherche

Il serait utile de faire d'autres études et évaluations de ces modèles pour :

- Déterminer s'ils représentent une pratique exemplaire et renforcent la capacité des services liés à l'usage de substances, dans le continuum de soins;
- Déterminer dans quelle mesure ils accélèrent l'accès et améliorent la participation aux traitements et à l'intervention précoce;
- Déterminer si la qualité du traitement, les types de services et la capacité du système conviennent et répondent aux besoins de la population générale et de ses sous-groupes les plus vulnérables;
- Définir quelles sont les composantes fondamentales de certaines initiatives et quelles composantes sont principalement responsables de l'amélioration de l'accès et pour qui;
- Définir le rôle, l'efficacité et les répercussions de la technologie sur les personnes qui recevaient auparavant des services en personne et celles qui ont recours aux services pour la première fois en raison du grand stress causé par la pandémie ou de la disponibilité d'une plateforme virtuelle;
- Déterminer quelles options technologiques peuvent le mieux s'arrimer aux services en personne, plutôt que de s'y substituer, et comment intégrer les données numériques ainsi obtenues au dossier des clients et à la mesure du rendement;
- Définir leurs avantages pour les clients et les familles et le rendement du capital investi;
- Déterminer l'incidence des changements dans l'accès aux services liés à l'usage de substances découlant du passage vers une prestation de services virtuels en réponse à la pandémie de COVID-19 et évaluer la viabilité de la prestation de services virtuels et identifier à quels groupes elle profite le plus et pour quelles raisons.

D'autres études et initiatives de surveillance à l'échelle de la population sont nécessaires pour évaluer les réactions rapides aux pandémies, dans l'optique des systèmes de traitement (Rose et coll., 2020). Ajoutons que des échanges avec des experts et des acteurs clés donneraient un éclairage plus nuancé des modèles d'accès rapide.

Sommaire et implications

Il est compliqué de cerner les composantes fondamentales des modèles, compte tenu de leur hétérogénéité, de leur contexte de mise en œuvre, des populations servies, des mesures du succès et de graves lacunes dans la recherche en ce qui a trait au sexe, au genre et à la diversité. Voici quelques-unes des **principales caractéristiques** des modèles d'accès rapide qui améliorent l'accès aux services et soutiens de traitement liés à l'usage de substances :

- Examen de la population cible pour veiller à répondre aux besoins sur l'ensemble du continuum de gravité et de complexité du problème de consommation;



- Flexibilité dans la façon d'accéder aux services et soutiens;
- Capacité de mobilisation, surtout pour les personnes présentant des problèmes graves ou complexes;
- Accent sur le soutien à la transition et la coordination générale du réseau de services en ce qui a trait aux éléments centraux de l'accès, notamment les transitions pour répondre à d'autres besoins que ceux liés à l'usage de substances;
- Capacité des équipes multidisciplinaires pour chacun des modèles;
- Inclusion de principes fondamentaux et de pratiques fondées sur des données probantes pour le dépistage, l'évaluation et les soins par paliers afin de multiplier les occasions d'intervention précoce et les liens avec les services pertinents et ainsi contribuer à optimiser les résultats suivant l'évaluation initiale;
- Inclusion d'indicateurs pour l'accès et pour les résultats dans les cadres de mesure du rendement, avec des processus d'amélioration de la qualité intégrés;
- Mobilisation active des personnes ayant une expérience passée ou présente et d'autres acteurs dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation continue.

Ces modèles d'accès rapide soit démontrent clairement une incidence positive sur l'accès aux services, soit présentent un potentiel pour l'améliorer. Ils s'avèrent très prometteurs pour la recherche de services par des personnes qui ne chercheraient autrement pas à obtenir du soutien. Enfin, de nouvelles données rendent compte de la rentabilité de certains de ces modèles.

La capacité d'un modèle d'accès rapide à mobiliser les personnes présentant un problème de consommation et à les jumeler à des services et soutiens adaptés à leurs besoins dépendra toujours de la mesure dans laquelle les services et les soutiens, de même que les compétences des professionnels qui les offrent, sont accessibles dans la communauté, pour l'ensemble du continuum de soins. L'élaboration et la mise en œuvre de modèles d'accès rapide nécessiteront une approche systémique ancrée dans une solide compréhension des besoins en services dans un continuum de risques, de la gravité, de la complexité et de la chronicité de l'usage de substances pour diverses populations, de la portée et de l'accessibilité de ces services, des compétences, de la formation et du soutien requis pour les offrir, et des obstacles nuisant à un accès rapide dans la communauté.



Bibliographie

- Association médicale canadienne. *A collection of referral and consultation process improvement projects*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2011. Consulté sur le site : <https://www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/05/Referral-and-Consultation-Processes.pdf>
- Bruneau, J., J. Rehm, T.C. Wild, E. Wood, A. Sako, J. Swansburg et A. Lam. *Telemedicine support for addiction services: National rapid guidance document*, Montréal (Québec), Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances.
- Canada FASD Research Network. *Substance use during pregnancy. An overview of key Canadian policy and practice areas*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014. Consulté sur le site : <http://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/09/Canadian.Policy-on.Subst-Use-+Preg.Sept-2-2014web.pdf>
- Drummond, C., H. Gilbert, T. Burns, A. Copello, M. Crawford, E. Day, ... et J. Sinclair. « Assertive community treatment for people with alcohol dependence: a pilot randomized controlled trial », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 52, n° 2, 2017, p. 234–241.
- Eibl, J.K., G. Gauthier, D. Pellegrini, J. Daiter, M. Varenbut, J.C. Hogenbirk et D.C. Marsh. « The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 176, 2017, p. 133–138.
- Fincham-Campbell, S., A. Kimergård, A. Wolstenholme, R. Blackwood, R. Patton, J. Dunne, ... et C. Drummond. « A national survey of assertive outreach treatment services for people who frequently attend hospital due to alcohol-related reasons in England », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 53, n° 3, 2018, p. 277–281.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, sans date. Consulté sur le site : <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/080/hospital-stays-for-harm-caused-by-substance-use;/mapC1;mapLevel2;/>
- Harris, S.K., J.R. Knight, Jr, S. Van Hook, L.L. Sherritt, T. Brooks, J.W. Kulig, ... et R. Saitz. « Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-administered versus clinician-administered screening », *Substance Abuse*, vol. 37, n° 1, 2016, p. 197–203.
- Kapelos, V. « Rise in opioid deaths serves as reminder COVID-19 isn't Canada's only health crisis », *CBC News*, 14 juin 2020. Consulté sur le site : <https://www.cbc.ca/news/politics/minority-report-newsletter-opioid-deaths-covid-19-1.5610740>
- Komaromy, M., D. Duhigg, A. Metcalf, C. Carlson, S. Kalishman, L. Hayes, ... et S. Arora. « Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): A new model for educating primary care providers about treatment of substance use disorders », *Substance Abuse*, vol. 37, n° 1, 2016, p. 20–24.
- Langabeer, J., T. Champagne-Langabeer, S.D. Luber, S.J. Prater, A. Stotts, K. Kirages, ... et K.A. Chambers. « Outreach to people who survive opioid overdose: Linkage and retention in treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 111, 2020, p. 11–15.



- McCambridge, J. et R. Saitz. « Rethinking brief interventions for alcohol in general practice », *BMJ*, vol. 356, 2017, p. j116.
- McQuaid, R.J., A. Malik, K. Moussouni, N. Baydack, M. Stargardter et M. Morrissey. *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique* (seconde édition), Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2005.
- Ministère des Services de santé. *British Columbia program standards for assertive community treatment (ACT) teams*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2008.
- Mohr, G. et D. Bourne. « Implementation of a new central intake system in community care », *Healthcare Management Forum*, vol. 17, n° 2, 2004, p. 38–40.
- Poole, N. et C.A. Dell. *Toxicomanie au féminin*, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
- Rehm, J., P. Anderson, J. Manthey, K.D. Shield, P. Struzzo, M. Wojnar et A. Gual. « Alcohol use disorders in primary health care: What do we know and where do we go? », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 51, n° 4, 2016, p. 422–427.
- Rose, S., R. Genois, J. Jin, B. Rush, D. Vigo et J. Rehm. *The impact of pandemics on substance use and treatment systems: A systematic review*, manuscrit soumis pour publication, 2020.
- Rush, B. et A. Furlong. *Metrics development and measurement project. SE LHIN addictions and mental health re-design*, Belleville (Ont.), Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est, 2017.
- Rush, B.R., J. Tremblay et D. Brown. « Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, supplément, vol. s18, 2019, p. 51–63.
- Statistique Canada. *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2012. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Systems-level implementation of screening, brief intervention and referral to treatment* (Technical Assistance Publication Series 13), Rockville (MD), chez l'auteur, 2013.
- Sunderland, A. et L.C. Findlay. *Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012)*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2013.
- Tremblay, J., K. Bertrand, N. Blanchette-Martin, B. Rush, A.C. Savard, N. L'espérance, ... et R. Genois. « Estimation of needs for addiction services: A youth model », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, supplément, vol. s18, 2019, p. 64–75.
- Urbanoski, K.A. « Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 189, n° 44, 2017, p. E1350–E1351.
- Urbanoski, K., D. Inglis et S. Veldhuizen. « Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 62, n° 8, 2017, p. 551–559.



Wighton, J. « The e-network solution for mental health and addictions information management », *Electronic Healthcare*, vol. 8, n° 3, 2009, p. e21–e28.

Yu, S.W.Y., C. Hill, M.L. Ricks, J. Bennet et N.E. Oriol. « The scope and impact of mobile health clinics in the United States: A literature review », *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, n° 1, 2017, p. 178.

