



Compte rendu de la rencontre sur le rôle de la médecine familiale dans l'amélioration de la santé des personnes qui consomment des substances

Synthèse

- Les médecins de famille jouent un rôle essentiel en ce qui concerne la santé liée à l'usage de substances, mais divers facteurs comme les politiques, la rémunération, la formation et la stigmatisation ont limité l'adoption de traitements en santé liée à l'usage de substances, y compris en réduction des méfaits, dans les milieux de soins primaires.
- Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a fait équipe avec la Division de la santé mentale et des dépendances (la Division) du Département de médecine familiale et communautaire (le Département) de l'Université de Toronto afin d'organiser un sommet sur le rôle des médecins de famille dans l'amélioration de la santé des personnes qui consomment des substances.
- Le sommet a rassemblé 50 participants de partout au Canada, dont des médecins de famille, des personnes ayant un savoir expérientiel et d'autres intervenants.
- Des panélistes ont présenté des données probantes sur le fort potentiel d'améliorer le rôle des médecins de famille en ce qui a trait à la santé liée à l'usage de substances si des politiques qui facilitent l'intervention et des soutiens éducatifs adéquats sont mis en place.
- Des panélistes ayant un savoir expérientiel ont souligné l'importance de contrer la stigmatisation par le langage et le rôle clé que les médecins peuvent jouer pour réduire les méfaits causés par le langage stigmatisant chez les personnes qui consomment des substances.
- Trente appels à l'action ont été lancés au terme du sommet pour divers secteurs, notamment les gouvernements, les facultés de médecine, le Collège des médecins de famille du Canada et les organisations non gouvernementales.



- À la suite du sommet, la Division a identifié six appels à l'action prioritaires que le Département s'efforce de mettre en œuvre. Le CCDUS a organisé des consultations avec des fournisseurs de soins primaires afin d'examiner les modes de rémunération, les défis et les possibilités de mieux soutenir les soins en usage de substances.
- Le CCDUS sondera les participants du sommet afin de cerner les domaines prioritaires pour mener une action collective au sujet des 30 appels.

Contexte général

Les médecins de famille sont souvent le premier point de contact des personnes qui cherchent des soins et nouent souvent des liens de confiance avec les patients. La recherche a montré qu'il est efficace d'intégrer les soins en usage de substances aux soins de santé primaires (Angus et coll., 2014; Cope et coll., 2022; Purshouse et coll., 2013). Pourtant, il s'avère parfois difficile pour les médecins de famille d'offrir des services de santé liée à l'usage de substances et de réduction des méfaits, et ce, pour plusieurs raisons, dont la complexité des problèmes de santé liée à l'usage de substances et des comorbidités (Khan, 2017; Wu et coll., 2018). Le déploiement efficace de nouvelles pratiques passe par une prise en charge des facteurs structurels plus larges (p. ex. la rémunération, les systèmes éducatifs) et des facteurs propres aux médecins concernant l'utilisation de pratiques factuelles (Aarons et coll., 2011; Guerrero et coll. 2020).

Le 28 mars 2023, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et la Division de la santé mentale et des dépendances du Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto ont organisé une rencontre sur le rôle de la médecine familiale dans l'amélioration de la santé des personnes qui consomment des substances.

Contexte de la rencontre

La rencontre a réuni 50 participants de partout au Canada, dont des médecins de famille, des personnes ayant un savoir expérientiel et d'autres intervenants. Il s'agissait de la première d'une série de rencontres prévues dans le cadre de la série Stratégies pour remédier aux crises touchant l'usage de substances du CCDUS. Des panels ont porté sur l'avis de médecins de famille et de personnes ayant un savoir expérientiel sur l'état des soins en dépendances et en usage de substances dans la médecine familiale, ainsi que sur la recherche sur les dépendances et l'usage de substances dans les soins primaires.

Panel : les deux côtés de la vie en clinique

Le premier panel de la journée a porté sur l'avis de médecins de famille et de personnes ayant un savoir expérientiel sur l'état des soins en dépendances et en usage de substances dans la médecine familiale.



Le Dr Braden O'Neill a parlé de son expérience, en tant que médecin de famille à Toronto, du traitement des patients ayant des troubles d'usage de substances. Il a expliqué les conséquences des préjugés sur ce traitement en contexte de soins familiaux et a recommandé quatre mesures aux médecins de famille pour améliorer le soutien offert :

1. Poser des questions aux patients sur leur usage de substances
2. Prescrire de la naltrexone en cas de trouble lié à l'usage d'alcool
3. Diagnostiquer et traiter les maladies mentales concomitantes
4. Renouveler la thérapie par agonistes opioïdes amorcée par d'autres médecins

Sylv Newhook et Fergus Watt, du Substance User Network of the Atlantic Region (réseau de consommateurs de substances de la région atlantique), ont parlé de leur savoir expérientiel. Sylv Newhook a souligné l'importance de combattre les préjugés et a indiqué qu'un changement, même minime, dans les mots utilisés peut avoir de grandes répercussions. Fergus Watt a appelé les médecins à demander la fin de la guerre contre la drogue et des méfaits qu'elle cause aux personnes qui consomment.

Le Dr Francois de Wet a décrit son rôle de chef de cabinet du Nunavut et les obstacles à la prestation efficace de soins en dépendances et en usage de substances dans le territoire, comme les besoins complexes de la population et le renouvellement rapide de la main-d'œuvre en soins de santé.

Panel : études faites récemment à l'Université de Toronto

Pendant le second panel, trois chercheurs ont présenté des résultats récents de l'Université de Toronto sur les dépendances et l'usage de substances en contexte de soins primaires.

La Dre Sheryl Spithoff a décrit les conclusions tirées par son équipe, selon lesquelles les médecins de famille sont moins susceptibles de donner des rendez-vous aux personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes qu'à celles souffrant de diabète, ce qui semble indiquer que le pouvoir discrétionnaire de ces médecins est un grand obstacle aux soins.

Le Dr Abhimanyu Sud a parlé de son travail sur l'influence de la commercialisation des médicaments sur les soins de santé et a mentionné l'exemple d'un programme de formation et d'information pour les médecins commandité par Suboxone (buprénorphine et naloxone).

La Dre Kimberly Lazare a présenté les résultats d'une étude portant sur les expériences de résidents en médecine familiale qui offrent des soins en santé mentale et sur leur perception des lacunes dans leur formation au cours de leur résidence.

Définir ce qui aide et ce qui entrave

Avant l'élaborer les appels à l'action, les participants au sommet ont cerné les facteurs qui soutiennent ou pourraient soutenir la capacité des médecins de famille de traiter et d'accompagner les personnes qui consomment des substances (aides), ainsi que les obstacles au traitement efficace (entraves) (tableau 1). Les participants ont ensuite élaboré



des appels à l'action potentiels et leurs publics cibles afin d'améliorer la capacité des médecins de famille à offrir des soins efficaces et fondés sur des données probantes en dépendances et en usage de substances. Ils en ont ensuite discuté entre eux.

Cerner des pistes d'action

À l'aide du tableau sur les aides et les entraves, les participants ont ensuite travaillé en petits groupes pour cerner des actions spécifiques qui permettraient aux médecins de famille de mieux accompagner les personnes qui consomment des substances. Les participants ont également identifié l'organisation ou l'entité qui serait responsable de mettre en œuvre chaque action recommandée. Une liste de 30 actions possibles a ainsi été dressée à l'intention du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux, du Collège des médecins de famille du Canada, de la Société médicale canadienne sur l'addiction et du CCDUS.



Tableau 1. Aides et entraves à la capacité des médecins de famille de traiter et d'accompagner les personnes qui consomment des substances

Thème	Aides	Entraves
Sensibilisation, formation et mentorat	<p>Promotion des possibilités de formation des médecins de famille (p. ex. modèle en médecine d'urgence où huit semaines de formation sont prises en charge par le ministère provincial de la Santé)</p> <p>Formation sur l'usage de substances pour les médecins et le personnel des services d'urgence qui sont souvent les premiers points d'accès et peuvent orienter les patients vers d'autres services</p> <p>Formation pour les médecins, le personnel infirmier et les professionnels paramédicaux autochtones</p> <p>Mentorat pour les nouveaux médecins de famille par des médecins de famille expérimentés qui ont l'occasion de démontrer leur passion dans ce domaine (p. ex. Atlantic Mentorship Network – Pain & Addiction offre des conférences mensuelles en ligne, une formation en groupe et l'accès à des mentors pour l'apprentissage basé sur des cas)</p> <p>Sensibilisation et formation sur les compétences en dépendances et en usage de substances dans les facultés de médecine</p>	Aucune
Soins en équipe et accès des médecins de famille aux spécialistes et aux services de soutien	<p>Environnements basés sur le travail d'équipe et modèle de l'équipe de santé familiale</p> <p>Accès à la demande à l'expertise en médecine des dépendances et aux conseils sur les différentes options de traitement pour les patients</p> <p>Communautés de praticiens dans le domaine des dépendances pour les médecins de famille</p>	Manque de coordination des soins en milieu communautaire

suite



Tableau 1. Suite

Thème	Aides	Entraves
Prestation de services et considérations relatives au système	<p>Soins cohérents et longitudinaux en milieu communautaire</p> <p>Accès rapide aux services en médecine des dépendances ou aux cliniques d'accès rapide en médecine des dépendances</p> <p>Coordination de l'accueil et des ressources (p. ex. liste des ressources en santé mentale et en usage de substances de Santé publique Ottawa)</p> <p>Nouveaux programmes en usage de substances basés sur des modèles existants comme ceux utilisés pour les thérapies de remplacement de la nicotine</p>	<p>Contraintes de temps et problèmes de capacité (p. ex. manque de médecins de famille, de professionnels médicaux spécialisés, de personnel infirmier, de préposés aux bénéficiaires et de travailleurs sociaux – des pénuries qui ont des répercussions directes sur la médecine familiale et les soins intégrés)</p> <p>Longues listes d'attente qui empêchent les médecins de famille de rencontrer les gens au moment où ils veulent du soutien</p> <p>Manque de soutien pour les soins tenant compte des traumatismes et de reconnaissance des antécédents d'abus, qui sont fréquents chez les personnes atteintes du trouble lié à l'usage de substances</p> <p>Pénurie de fournisseurs de soins primaires et de services de santé mentale dans certaines régions, en particulier les régions rurales</p> <p>Répercussions sur les communautés rurales des exigences provinciales et territoriales en matière de prescription de méthadone</p> <p>Absence de médicalisation du trouble lié à l'usage de substances</p> <p>Modèles de traitement universels (p. ex. obligation de participer à des programmes en 12 étapes)</p> <p>Manque de soutien social et de services d'accompagnement</p> <p>Complexité croissante des problèmes médicaux et sociaux à gérer en milieu de soins primaires</p>

suite



Tableau 1. Suite

Thème	Aides	Entraves
Personnes ayant un savoir expérientiel, stigmatisation et discrimination	<p>Exposition des étudiants et des résidents en médecine aux personnes en rétablissement, aux personnes qui consomment des drogues et aux façons saines de réduire les méfaits</p> <p>Traitement des personnes ayant un savoir expérientiel en tant que partenaires égaux dans les espaces de soins de santé, y compris accès à la même formation et au même soutien que les autres membres de l'équipe</p> <p>Amélioration de l'interprétation culturelle en milieu de soins primaires et d'urgence à la lumière des commentaires des personnes ayant un savoir expérientiel</p> <p>Co-création avec des médecins de famille et des personnes ayant un savoir expérientiel</p> <p>Normalisation des discussions sur les dépendances et l'usage de substances</p> <p>Conversations entre les équipes de soins de santé sur un langage non stigmatisant (p. ex. sur la prescription d'opioïdes, les thérapies de remplacement de la nicotine)</p>	<p>Rupture des relations avec les patients au cours de leur parcours thérapeutique</p> <p>Manque de compréhension de la part des responsables gouvernementaux (p. ex. les politiciens) des données probantes et de la complexité qui vient de pair avec l'usage de substances</p> <p>Stigmatisation dans les systèmes de soins de santé et dans la population en général</p> <p>Stigmatisation des jeunes qui consomment des drogues (p. ex. les conversations sur les jeunes qui consomment des drogues ont tendance à se concentrer sur la prévention)</p>
Politiques et lois	<p>Étude des modèles efficaces dans le monde (p. ex. la décriminalisation des drogues au Portugal)</p> <p>Décriminalisation de l'approvisionnement sûr, ce qui permet de maintenir les relations avec les patients parce qu'ils ne se sentent pas criminalisés lorsqu'ils franchissent la porte d'un établissement</p> <p>Soutien aux politiques sociales progressistes, notamment en matière de logement, de sécurité alimentaire et de sécurité du revenu, et financement de la sécurité culturelle, de la lutte contre la stigmatisation et de la formation contre l'oppression pour les médecins de famille apprenants et praticiens</p>	<p>Politiques gouvernementales qui empêchent les pratiques factuelles (p. ex. limites à l'ouverture de centres de consommation sûre ou financement public de médicaments ou de programmes spécifiques)</p> <p>Débat permanent sur la réduction des méfaits par rapport à l'abstinence</p> <p>Certains gouvernements se concentrent trop sur l'approvisionnement sûr en tant que solution principale</p> <p>Criminalisation des drogues</p> <p>Réglementation concernant les soins virtuels et l'octroi de permis d'exercice entre les provinces et territoires</p>

suite



Tableau 1. Suite

Thème	Aides	Entraves
Rémunération et financement	Modèles de rémunération différents pour faciliter les soins en équipe	Modèles de rémunération inappropriés en médecine familiale qui dissuadent les médecins de famille de fournir des soins aux patients qui consomment des drogues Financement limité dans le temps des nouveaux programmes en dépendances et en usage de substances Sous-estimation des soins familiaux et, par extension, de la médecine familiale, tant sur le plan financier que de l'expertise Financement insuffisant du soutien entre pairs

Appels à l'action prioritaires pour le gouvernement

1. Réfléchir à des mécanismes de responsabilisation efficaces pour le financement (p. ex. le pourcentage de travailleurs de la santé formés à offrir des soins en usage de substances, la rapidité d'accès).
2. Financer des stages nationaux et des formations par l'expérience rémunérées.
3. Former un groupe de réflexion national chargé d'examiner des solutions novatrices pour la prestation de soins en usage de substances en contexte de soins primaires.

Système de justice

4. Offrir un meilleur accompagnement aux personnes ayant des troubles d'usage de substances dans le système de justice fédéral, notamment un accès rapide à des soins fondés sur des données probantes (p. ex. thérapie par agonistes opioïdes, naloxone) et l'accès à des services et soutiens au début et à la fin du passage dans le milieu correctionnel.
5. Décriminaliser la possession et l'usage de substances.

Appels à l'action prioritaires pour les gouvernements provinciaux et territoriaux

Ministères de la Santé

6. Financer des équipes de santé multidisciplinaires qui comptent entre autres des pairs aidants, des intervenants pivots et des experts-conseils en médecine des dépendances.
7. Si ce n'est pas déjà le cas, mettre en place un accès rapide à bas seuil (p. ex. accès rapide à la médecine des dépendances ou clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances).



8. Le cas échéant, éliminer l'exclusion de la prime d'accès pour les médecins de famille dans des modèles de rémunération en équipe, pour que les patients aient facilement accès à des soins en dépendance donnés par d'autres médecins.
9. Mettre en place des soins partagés en usage de substances avec un accès à des experts en médecine des dépendances.
10. Augmenter le financement consacré à la médecine familiale et instaurer des modèles de financement mieux adaptés à cette spécialité; utiliser les évaluations déjà faites de ces modèles de financement (Childerhose et coll., 2019) pour déterminer si leur déploiement peut se poursuivre.
11. En contexte de soins primaires, délaissier la rémunération en fonction du nombre de personnes traitées; on risque sinon d'inciter les fournisseurs à voir rapidement les gens, alors qu'il faut du temps pour traiter le trouble lié à l'usage de substances.
12. Élargir le concept de « centre de médecine de famille » aux dossiers médicaux, pour aider à lever l'incertitude et à réduire les retards pour les personnes qui passent d'un système de santé à l'autre (p. ex. celles qui entrent dans un établissement correctionnel fédéral).
13. Suivre les recommandations formulées dans d'autres rapports rédigés à la suite de consultations avec des cliniciens, des universitaires et des personnes ayant un savoir expérientiel.

Retombées du sommet

Après avoir appris que la rémunération des médecins est considérée comme une priorité, le CCDUS a mené 13 consultations à l'automne 2023 auprès de fournisseurs de soins primaires, notamment des médecins de famille et des infirmières praticiennes qui offrent des soins en usage de substances partout au Canada. Les consultations ont permis d'explorer les modes de rémunération et les défis à relever, en plus de cerner les possibilités d'amélioration. Les conclusions seront résumées afin d'informer les responsables de politiques et les décideurs au sujet des cadres de rémunération dans les milieux de soins primaires.

Ministères des Services à l'enfance et à la famille

14. S'assurer que les travailleurs de soutien reçoivent la formation nécessaire pour promouvoir des soins en usage de substances fondés sur des données probantes.
15. Proposer aux personnes ayant un savoir expérientiel, à leurs familles et à leurs amis des séances d'information sur l'usage de substances.

Appels à l'action pour le Collège des médecins de famille du Canada

16. Favoriser l'élaboration de compétences en usage de substances et leur utilisation par des organismes interprofessionnels à l'échelle nationale, provinciale et territoriale.



Appels à l'action pour les facultés de médecine

17. Faire participer des personnes ayant un savoir expérientiel à l'élaboration des programmes d'études des facultés de médecine et de sciences infirmières.
18. Encourager, voire obliger, les étudiants de premier cycle en soins infirmiers et en médecine à suivre une formation sur l'usage de substances.
19. Encourager les étudiants des cycles supérieurs à suivre une formation sur l'usage de substances, notamment leur faire rencontrer des personnes ayant des problèmes d'usage de substances et d'autres en rétablissement
20. Dresser et tenir à jour une liste des cours à option et des formations sur l'usage de substances.

Retombées du sommet

Depuis le sommet, la Division du Département a déployé des efforts dans les domaines qui suivent :

- Réviser les compétences postdoctorales en médecine familiale dans le domaine de la santé mentale et des dépendances à l'Université de Toronto en collaboration avec divers experts, dont des personnes ayant un savoir expérientiel.
- Effectuer de la recherche afin de comprendre les modèles idéaux de soins pour les clients et les fournisseurs du point de vue des médecins de famille formés en médecine des dépendances.

Parmi les appels à l'action identifiés, la Division a cerné les priorités qui suivent :

- Financer des stages nationaux et des formations par l'expérience rémunérées.
- Financer ses équipes de santé multidisciplinaires qui comptent entre autres des pairs aidants, des intervenants-pivots et des experts-conseils en médecine des dépendances.
- Promouvoir l'élaboration de compétences en usage de substances et leur utilisation par des organismes interprofessionnels à l'échelle nationale, provinciale et territoriale.
- Faire participer des personnes ayant un savoir expérientiel à l'élaboration des programmes d'études de ses facultés de médecine et de sciences infirmières.
- Encourager les étudiants des cycles supérieurs à suivre une formation sur l'usage de substances, notamment leur faire rencontrer des personnes ayant des problèmes d'usage de substances et d'autres en rétablissement.
- Établir des normes de qualité pour les soins en usage de substances en contexte de médecine familiale.



Appels à l'action pour les éducateurs publics, les organisations non gouvernementales (p. ex. CCDUS, Association canadienne pour la santé mentale, Société médicale canadienne sur l'addiction)

21. Se servir des compétences pour les intervenants en usage de substances au Canada du CCDUS comme d'un outil utile pour améliorer la formation et la sensibilisation des fournisseurs.
22. Adopter une approche à plusieurs volets pour déstigmatiser les dépendances et l'usage de substances; des initiatives visant le public et le système sont nécessaires.
23. Reconnaître l'importance de décriminaliser l'usage de substances pour accroître la participation des personnes ayant un savoir expérientiel, qui sont autant, sinon plus, des experts que les médecins sur ces questions.
24. Solliciter du financement pour la formation et les soins en usage de substances, autre que celui des programmes de résidence formels.
25. S'assurer que les connaissances des personnes ayant un savoir expérientiel sont reconnues tout au long du cycle politique, et pas seulement une fois aux quatre ans.
26. Demander au gouvernement fédéral de financer à long terme des programmes efficaces en usage de substances à l'échelle provinciale.
27. Instaurer un mécanisme permettant de mieux faire connaître les modèles de soins efficaces et les résultats positifs pour éviter le dédoublement des efforts.
28. Établir des normes de qualité pour les soins en usage de substances en contexte de médecine familiale.
29. Jouer un rôle de coordinateur ou de rassembleur pour les programmes d'études et les provinces et territoires.
30. Mettre en place un mécanisme efficace avec lequel les experts peuvent mobiliser les connaissances pour les décideurs gouvernementaux.

Retombées du sommet

Le CCDUS collabore avec des personnes ayant un savoir expérientiel, leurs familles et leurs amis, de partout au Canada, à la mise en place de structures, d'outils, de formations et de politiques propices à un engagement concret. Au terme du sommet et de consultations continues avec ces personnes, le CCDUS s'est engagé à élargir et à diversifier le réseau de membres de familles et d'amis qui contribuent à son travail.

Conclusion

Trente appels à l'action ont été lancés au terme du sommet sur la façon dont la médecine familiale et d'autres secteurs peuvent améliorer la santé des personnes qui consomment des substances. Pour réussir à mettre en œuvre ces appels à l'action, les gouvernements, les universités, le Collège des médecins de famille du Canada et les organisations non gouvernementales, dont le CCDUS, ont tous un rôle à jouer pour faciliter le changement en médecine familiale. Les participants au sommet ont relevé de nombreuses possibilités pour



les médecins de famille d'assumer un plus grand rôle de leadership dans le domaine de la santé liée à l'usage de substances. Dans le cadre du suivi réalisé après le sommet, le CCDUS mènera un sondage auprès des participants afin de cerner les domaines prioritaires pour mener une action collective en ce qui concerne les 30 appels à l'action. Malgré la complexité de la question, le sommet a mis en évidence de nombreuses solutions réalisables qui, si elles étaient mises en œuvre, renforceraient la mobilisation des médecins de famille au chapitre de la santé liée à l'usage de substances.

Bibliographie

- Aarons, G.A., M. Hurlburt et S.M. Horwitz. « Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 38, n° 1, 2011, p. 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Angus, C., N. Latimer, L. Preston, J. Li et R. Purshouse. « What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 5, 2014, article 114. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00114>
- Childerhose, J., S. Atif et J. Fairbank. *Rémunération des médecins de famille pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019. <https://www.ccsa.ca/fr/remuneration-des-medecins-de-famille-pour-le-traitement-des-troubles-lies-lusage-de-substances>
- Cope, K., J. DeMicco, J. Salib, M. Michael, P. Yakoub, K. Daoud et R. Cope. « Three-year retention rates with office-based treatment of buprenorphine for opioid use disorder in a private family medicine practice », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 16, n° 6, 2022, p. 716–721. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001009>
- Guerrero, E., A.J. Ober, D.L. Howard, T. Khachikian, Y. Kong, W.K. van Deen et ... M. Menchine. « Organizational factors associated with practitioners' support for treatment of opioid use disorder in the emergency department », *Addictive Behaviors*, vol. 102, 2020, article 106197. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106197>
- Khan, S. « Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 28, n° 8, 2017, p. 3–8. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.htm>
- Purshouse, R.C., A. Brennan, R. Rafia, N.R. Latimer, R.J. Archer, C.R. Angus, L.R. Preston et P.S. Meier. « Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 2, 2013, p. 180–188. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags103>



Wu, L.T., H. Zhu et U.E. Ghitza. « Multicomorbidity of chronic diseases and substance use disorders and their association with hospitalization: Results from electronic health records data », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 192, 2018, p. 316–323.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.013>

Au sujet du CCDUS

Le CCDUS a été créé par le Parlement afin de fournir un leadership national pour aborder la consommation de substances au Canada. À titre d'organisme de confiance, il offre des conseils aux décideurs partout au pays en tirant parti des recherches, en cultivant les connaissances et en rassemblant divers points de vue.

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

ISBN 978-1-77871-169-5

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2024