



Formation sur les troubles de l'usage de substance, partie 1 : Aperçu des recommandations de pratique clinique

Anees Bahji, MD, DABPN, FRCPC¹; David Crockford, MD, FRCPC²; Jennifer Brasch, MD, FRCPC, DRCPC³; Christian Schutz, MD, PhD, FRCPC⁴; Leslie Buckley, MD, FRCPC⁵; Marlon Danilewitz, MD, CISAM, FRCPC⁶; Simon Dubreucq, MD, FRCPC, MSc⁷; Michael Mak, MD, FRCPC, FCPA⁸; Tony P. George, MD, FRCPC⁹

Cet énoncé de principe a été substantiellement révisé par le Comité de l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et la republication en a été approuvée par le Conseil d'administration de l'APC le 11 mai 2023. L'énoncé de principe original¹ a été élaboré par le Comité de l'éducation de l'APC et approuvé par le Conseil d'administration le 22 juin 2015.

Introduction

Les troubles d'usage de substances (TUS)² sont communs dans la population canadienne et la pratique psychiatrique. Les conséquences des TUS comportent une vaste gamme de problèmes sociaux, notamment la maltraitance et la négligence envers les enfants, la violence domestique, le crime, le chômage, le suicide, les accidents, la productivité perdue, et la dysfonction familiale. Les TUS contribuent

significativement aux maladies psychiatriques et médicales potentiellement évitables et au décès prématuré. Le coût estimé pour la société canadienne est d'au moins 46 milliards de dollars annuellement³. De récents changements au Canada en ce qui concerne les substances addictives, y compris la légalisation du cannabis, l'épidémie opioïde, et la montée de l'utilisation des méthamphétamines et du fentanyl ne sont pas incluses dans ces chiffres et elles ne font qu'amplifier l'effet. La

¹ Professeur clinique adjoint, département de psychiatrie, Cumming School of Medicine, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada; département des sciences de la santé communautaires, Cumming School of Medicine, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada.

² Professeur clinique, Université de Calgary, Cumming School of Medicine, département de psychiatrie, Calgary, AB, Canada; Hotchkiss Brain Institute & Mathison Centre for Mental Health Research & Education, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada.

³ Professeure agrégée, département de psychiatrie, Psychiatry & Behavioural Neurosciences, Michael G DeGroot School of Medicine, Université McMaster, Hamilton, ON, Canada; Directrice, psychiatrie de toxicomanie, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, ON, Canada; présidente passée, Société canadienne de médecine de la toxicomanie, Calgary, AB, Canada.

⁴ Professeur, Institut de santé mentale, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC, Canada; Chef de recherche en santé mentale adulte et usage de substances, Autorité provinciale des services de santé, BC, Canada.

⁵ Professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada; Centre de toxicomanie et santé mentale, Toronto, ON, Canada.

⁶ Professeur adjoint, département de psychiatrie, Université of Toronto, Toronto, ON, Canada; directeur médical associé, psychiatrie générale, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores, Whitby, ON, Canada.

⁷ Psychiatre, département de médecine de la toxicomanie, CHUM, Montréal, QC, Canada; professeur adjoint, département de psychiatrie, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada.

⁸ Professeur adjoint, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada; professeur adjoint, département de médecine, Université McMaster, Hamilton, ON, Canada; professeur de recherche adjoint, département de psychiatrie, Université Western, London, ON, Canada.

⁹ Professeur, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada

© Association des psychiatres du Canada, 2015, 2024. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit en tout ou en partie sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au Président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; president@cpa-apc.org. No de référence 2015-59-R1.

Avis: L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision des documents. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

prévalence de durée de vie d'un TUS est 11-14 pour cent, et 0,4-1,1 pour cent pour un trouble de jeu⁴⁻⁷. Comme dans bien des troubles psychiatriques, les TUS ont un pic d'apparition au jeune âge adulte (de 15 à 25 ans), avec de meilleurs résultats à l'aide d'une intervention précoce⁸.

Les TUS peuvent prédisposer une personne à un trouble psychiatrique, induire des symptômes ou être utilisés comme auto-traitement de symptômes psychiatriques. Entre un quart et une moitié de tous les patients qui cherchent un traitement pour un trouble psychiatrique satisfont aussi aux critères d'un TUS concomitant au cours de leur vie⁹⁻¹². Parmi ces patients qui cherchent un traitement de toxicomanie, 40 à 60 pour cent ont un trouble de l'humeur indépendant (non induit par une substance)¹¹. La co-occurrence des troubles psychiatriques et des TUS est commune et fait que chacun est plus difficile à traiter¹³.

Au Canada, les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie ont historiquement été séparés, les soins psychiatriques étant fournis par des médecins dans le système de santé canadien et les soins des patients souffrant de toxicomanies ayant lieu dans des installations non médicales de la communauté. Il en a résulté que les services se sont développés avec différentes philosophies sur le rétablissement. Le traitement a alors eu lieu en parallèle, souvent avec peu de communication entre les fournisseurs de traitement, ce qui pouvait résulter en des messages mixtes pour le patient, ou séquentiellement sans prise en charge continue de la toxicomanie ou des troubles psychiatriques, selon le traitement auquel ils étaient actuellement inscrits. Les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sérieux et persistant avec un TUS concomitant tendent à moins répondre aux services de toxicomanie traditionnels axés sur l'abstinence¹⁴ et sont souvent exclues des programmes de traitement psychiatrique. Ces patients complexes réussissent mieux dans des programmes de traitement intégré, où la même équipe de professionnels dispense le traitement pour les problèmes psychiatriques et les TUS. Plus de 50 études contrôlées ont établi l'importance d'intégrer le traitement des patients ayant des troubles concomitants, d'éliminer les problèmes perçus dans les systèmes de soins séparés pour ces personnes¹⁵. Les lignes directrices cliniques canadiennes recommandent que toutes les personnes à la recherche d'aide des services de traitement de la santé mentale soient dépistées pour un TUS concomitant¹⁶. Pratiques exemplaires de Santé Canada¹⁷ recommande également une approche de traitement intégré au niveau du programme pour les personnes ayant des troubles concomitants.

Des lignes directrices cliniques ont été publiées pour traiter le TUS par plusieurs organisations, notamment l'American Psychiatric Association¹⁸ la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique^{19,20} et l'Association médicale canadienne²¹. Il y a également des lignes directrices sur l'usage du cannabis à moindre risque qui présentent l'état actuel des données probantes sur la réduction des méfaits pour la santé attribuée à l'usage du cannabis non médical²².

Les Exigences de la formation spécialisée en psychiatrie et objectifs de la formation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) en 2007 (OTR)²³ et les premières lignes directrices publiées par l'APC sur le programme²⁴ en 1997, ont été mises à jour par un groupe de travail en 2015^{1,25}. Cependant, les programmes canadiens de formation en psychiatrie exécutent une transition d'un modèle de formation traditionnel basé sur le temps à la Compétence par conception²⁶⁻²⁸. La promotion tout au long de la résidence est désormais liée aux résidents qui font des activités professionnelles fiables (APC). Par conséquent, les programmes de formation sont révisés afin d'assurer aux résidents qu'ils obtiennent les nouvelles compétences psychiatriques exigées²² et les expériences de formation^{22,27}. Les psychiatres superviseurs devront être en mesure d'évaluer les APC et d'offrir une rétroaction / encadrement aux résidents.

En plus des changements aux objectifs de la formation (OTR) en psychiatrie, il y a de nouveaux développements dans le traitement du TUS et les approches de prise en charge des patients ayant des troubles concomitants que les psychiatres en exercice doivent connaître. Puisque de nombreux psychiatres ont reçu une formation minimale en toxicomanies durant la résidence, il peut être difficile de mettre à jour les connaissances fondamentales qui sont rudimentaires. Qu'ils supervisent un résident ou pas, tous les psychiatres en exercice ont besoin de connaissances, de compétences et d'attitudes pour prendre en charge les patients souffrant de TUS dans leur pratique clinique.

Les changements de la pratique clinique et des objectifs de la formation nécessitent une mise à jour des énoncés de position de l'APC de 2015. La Partie 1 du présent énoncé de position décrit les connaissances, les compétences et les attitudes des psychiatres en exercice nécessaires pour évaluer avec compétence et traiter des personnes ayant un TUS dans leur pratique psychiatrique, dans le but ultime d'améliorer les résultats pour les personnes ayant un TUS de même qu'améliorer la supervision.

Une revue des principaux concepts cliniques en psychiatrie de la toxicomanie

Compétences attitudinales

Les personnes souffrant d'un TUS sont souvent confrontés à une stigmatisation lorsqu'elles cherchent des soins médicaux, psychiatriques ou de toxicomanie, qui est associée à de mauvais résultats²⁹. Les TUS sont souvent des troubles persistants avec des périodes de rechutes et de rémissions et ne sont pas simplement un choix ou un problème purement psychosocial. Les TUS ont une base biopsychosociale et ont des étiologies partagées avec les troubles psychiatriques, y compris l'hérédité génétique, la neurobiologie et les facteurs psychosociaux³⁰⁻³⁴.

Les cliniciens doivent évaluer une personne ayant un TUS de manière soutenante et sans jugement. Bien que les patients souffrant d'un TUS soient le plus souvent vus dans un contexte de soins aigus, ils se présentent dans tous les milieux cliniques. Il est important de reconnaître que les changements de comportement dans le TUS prennent du temps et demandent une prise en charge spécifique. Comme dans tant de troubles psychiatriques, les rechutes et les rémissions ont lieu, exigeant un engagement permanent au traitement et à la prise en charge. Une connaissance des antécédents du patient en matière de traumatismes, d'expériences négatives de l'enfance, de facteurs culturels, de stress actuel et d'habiletés d'adaptation est essentielle pour comprendre leur TUS et développer une alliance thérapeutique.

Les psychiatres doivent être conscients de leurs réactions et de leurs biais potentiels envers les patients ayant un TUS et des troubles psychiatriques concomitants. Il est essentiel de nourrir l'empathie et l'optimisme en vue du changement et de l'amélioration avec le temps. Les patients ayant un TUS peuvent être ambivalents dans leur désir de changer leur comportement de TUS, ce qui est souvent une réaction humaine normale à un changement de comportement. Ceci peut être frustrant pour le clinicien. La familiarité avec les étapes du changement de Prochaska et Di Clemente³⁵ peut aider les cliniciens à déterminer la volonté du patient à changer, à personnaliser leurs interventions de manière appropriée, et parfois à aider à mettre en perspective la raison pour laquelle un patient peut ne pas changer malgré des raisons évidentes de changer. Les interventions psychothérapeutiques qui sont collaboratives et qui honorent l'autonomie du client pour explorer l'ambivalence et amener les patients à s'engager à changer leurs comportements, comme une entrevue motivationnelle (EM), permettent aux

cliniciens de maintenir l'optimisme en travaillant avec des patients ayant le TUS^{36,37}.

Toute communication doit être centrée sur le patient, favoriser la confiance et l'autonomie du patient, et être caractérisée par l'empathie, le respect et la compassion. Les psychiatres doivent revendiquer des interventions qui soutiennent le rétablissement, notamment la réduction des méfaits et l'accès à des traitements fondés sur des données probantes.

Dépistage, évaluation et diagnostic

Le diagnostic du TUS est basé sur des données recueillies durant l'entrevue clinique avec le patient, l'examen physique, les tests de laboratoire et l'information collatérale. Le dépistage pour le TUS devrait se faire régulièrement pour tous les patients psychiatriques, et tous les patients ayant le TUS devraient être dépistés pour les troubles psychiatriques¹⁶. Le dépistage identifie les patients qui nécessitent une évaluation complète pour recueillir plus d'information détaillée afin de déterminer les diagnostics du TUS et développer un plan de traitement individualisé³⁸.

Le dépistage, l'intervention brève, et l'orientation vers le traitement (SBIRT) est « une approche détaillée et intégrée pour offrir des services d'intervention et de traitements précoces par un dépistage universel des personnes ayant un TUS et celles qui sont à risque »³⁹. Elle a servi avec succès dans de multiples contextes, notamment les établissements de santé mentale⁴⁰ et peut être mise en œuvre par des cliniciens ayant une formation minimale en toxicomanie, et est fondée sur les données probantes³⁹. Le dépistage utilise habituellement des instruments validés (voir ci-dessous). Ceux qui sont à risque du TUS ou qui ont un TUS léger à modéré peuvent profiter d'une brève (5-10 minutes) intervention basée sur les principes de l'EM, utilisant souvent le Modèle de rétroaction, de responsabilité, de conseils, de menu d'options, d'empathie et d'auto-efficacité (FRAMES)⁴¹. Ceux qui ont un TUS plus grave ou développé se font offrir une orientation vers le traitement TUS⁴².

Questionner les patients sur leur utilisation de substance avec des questions directes et sans jugement est recommandé pour assurer une divulgation franche et fiable. Les cliniciens devraient dépister l'alcool, le cannabis, les opioïdes, les sédatifs-hypnotiques, les stimulants et d'autres substances (illicites et licites), y compris le tabac et l'usage de la cigarette électronique, les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre et les dépendances comportementales. Pour augmenter le dépistage, des outils de dépistage

empiriquement validés pour le TUS, comme l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)⁴³ le Drug Abuse Screening Test (DAST)⁴⁴ et le Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised (CUDIT-R)⁴⁵ peuvent être administrés par un clinicien ou avec un questionnaire d'auto-évaluation. Quand on cherche à obtenir les antécédents de consommation de substances, il est essentiel de déterminer le niveau de motivation des patients de changer leur usage de substances et de leur fournir les interventions appropriées³⁶.

Les psychiatres, en particulier ceux qui travaillent dans des contextes de soins aigus, devraient être capables de reconnaître les signes et symptômes d'intoxication par substance et du sevrage. Des évidences de ce genre devraient provoquer une évaluation plus approfondie des critères des TUS du DSM-5-TR quand le patient peut participer (voir Tableau 1). En outre, les psychiatres devraient être capables d'interpréter les résultats de laboratoire qui relèvent de l'utilisation de substances, comme les tests de fonction hépatique et les tests urinaires de métabolites de drogues⁴⁶

Les compétences d'évaluation pour distinguer les troubles psychiatriques induits par des substances des troubles psychiatriques primaires sont essentielles pour les psychiatres. Les cliniciens devraient être en mesure d'obtenir des antécédents détaillés des symptômes psychiatriques et d'utilisation de substances pour identifier si un symptôme psychiatrique a précédé l'utilisation de substances, s'il a persisté durant les périodes d'abstinence, ou si les symptômes ne sont pas liés aux périodes d'utilisation de substances pour déterminer si une condition psychiatrique primaire concomitante est présente. Les différences entre la schizophrénie primaire et les psychoses induites par une substance peut illustrer comment différencier les troubles induits par une substance des troubles psychiatriques primaires sous-jacents (Tableau 2). De même, alors que les troubles dépressifs majeurs (TDM) et le trouble d'usage d'alcool (TUA) sont prévalents dans la population canadienne et qu'ils contribuent de façon significative à l'invalidité et à la qualité de vie⁴⁷ réduite, un diagnostic et un traitement précis des TDM et TUA

Tableau 1. Trouble d'usage de substances, critères du DSM-5-TR²

-
- (A) Mode problématique d'usage de substances menant à une déficience cliniquement significative ou à une détresse, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou pour contrôler la consommation.
 3. Beaucoup de temps consacré à des activités nécessaires pour obtenir la substance, consommer cette substance, ou récupérer de ses effets.
 4. Envie impérieuse « craving », fort désir ou besoin de consommer.
 5. Consommation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Consommation de substance continue, malgré la persistance ou la récurrence de problèmes sociaux ou interpersonnels.
 7. Réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou récréatives dues à la consommation de substances.
 8. Consommation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 9. L'utilisation de substances est poursuivie malgré la réalisation d'avoir un problème physique ou psychologique qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
 10. Tolérance, telle que définie par ce qui suit :
 - (a) Un besoin de quantité nettement accrues de substance pour obtenir le niveau d'intoxication désiré.
 - (b) Un effet nettement diminué en utilisant la même quantité de substance.
 11. Le sevrage, manifesté par l'une des conditions suivantes :
 - (a) Le syndrome de sevrage caractéristique pour la substance consommée.
 - (b) La substance (ou un analogue) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Précisez :

- (A) Gravité :
- Légère : Présence de 2–3 critères.
 - Modérée : Présence de 4–5 critères.
 - Grave : Présence de 6 critères ou plus.
- (B) État de rémission :
- En rémission précoce : Après que les critères ont été remplis pour un trouble d'usage de substance, aucun de ces critères n'a été rempli pour au moins 3 mois mais pour moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse « craving », fort désir ou besoin de consommer », qui peut être rempli).
 - En rémission soutenue : Après que les critères ont été remplis pour un trouble d'usage de substance, aucun de ces critères n'a été rempli n'importe quand durant 12 mois ou plus (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse « craving », fort désir ou besoin de consommer », qui peut être rempli).
- (C) Dans un environnement contrôlé : Ce spécificateur supplémentaire est utilisé si la personne est dans un environnement où l'accès à la substance est restreint.
-

demeurent difficiles⁴⁸. Les recommandations cliniques publiées guident les diagnostics différentiels, pharmacothérapies, psychothérapies, et l'intégration des soins dans la pratique clinique⁴⁸.

D'autres facteurs peuvent aider à différencier les symptômes psychiatriques induits par une substance des troubles psychiatriques primaires. S'il n'y a que quelques symptômes plutôt que tous les critères, alors une étiologie induite par une substance peut être plus vraisemblable. Des symptômes classiques comme la mélancolie et le ralentissement psychomoteur indiqueraient la présence d'un trouble dépressif primaire⁴⁸. Mais même avec un sens aigu, dans 35 à 40 pour cent des cas, il peut être impossible de déterminer si un trouble de l'humeur est primaire ou induit par une substance⁴⁹. Le traitement des deux conditions simultanément est recommandé, diminuant ainsi le besoin de différenciation⁵⁰⁻⁵².

Dépendamment du contexte, les psychiatres évaluant des patients ayant un TUS devraient dépister tous les troubles

psychiatriques majeurs quand c'est indiqué⁵⁰⁻⁵². Les troubles psychiatriques comorbides ont généralement une plus grande gravité des symptômes, sont plus résistants au traitement et ont un taux de rechute accru⁵³. Les domaines à évaluer sont notamment l'humeur⁴⁷ l'anxiété¹¹ la psychose^{54,55} les troubles liés au traumatisme et au stress⁵⁶ la personnalité⁵⁷ l'alimentation⁵⁸ et les troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité⁵⁹.

Les hommes utilisent des substances plus souvent que les femmes, ce qui les rends plus susceptibles d'avoir des symptômes psychiatriques induits par une substance⁶⁰⁻⁶². Les femmes qui utilisent des substances sont plus sujettes à une progression accélérée, ou télescopique, du développement du TUS ou de l'admission au traitement^{33,61,63} avec des taux plus élevés de troubles psychiatriques primaires comorbides, surtout les troubles de l'humeur, anxieux et alimentaires^{9,64}. Les femmes qui cherchent un traitement du TUS rapportent des taux élevés d'abus physique et sexuel, de violence domestique et de re-victimisation³³. Ainsi, il est essentiel d'évaluer la violence d'un partenaire intime⁶⁵⁻⁶⁷.

Tableau 2. Une comparaison des traits cliniques de la psychose idiopathique (p. ex., schizophrénie) contre la psychose induite par une substance (PIS)

Psychoses primaires	Psychoses induites par une substance (PIS)
Usage de substance limitée et intermittente impliquant des substances associées aux psychoses ou usage d'autres substances non associées aux psychoses.	Usage important et persistant de substances impliquant des substances associées aux psychoses (c.-à-d., cannabis, stimulants).
Les symptômes apparaissent avant l'usage important et persistant de substances.	Les symptômes apparaissent seulement durant les périodes d'usage importante des substances / d'augmentation soudaine de puissance.
Les symptômes persistent malgré l'abstinence de drogues.	Les symptômes diminuent ou sont réduits par l'abstinence de drogues.
Les antipsychotiques améliorent nettement les symptômes.	Les antipsychotiques n'améliorent habituellement pas les symptômes.
Présentent souvent des délires bizarres, des hallucinations auditives et/ou des troubles de la pensée.	Présentent souvent des délires non bizarres et/ou des hallucinations visuelles.
Mauvaise compréhension de leur psychose.	Meilleure compréhension de leur psychose.
Forme de pensée désorganisée (p. ex., associations libres, discours tangentiel ou circonstanciel.)	Forme de pensée plus organisée et séquentielle.
Symptômes de manie moins graves lors de l'hospitalisation.	Symptômes de manie plus graves lors de l'hospitalisation.
Atténuation moins rapide des troubles du comportement pendant l'hospitalisation.	Réduction plus rapide des troubles du comportement durant l'hospitalisation.
Plus susceptibles d'avoir des antécédents familiaux de troubles psychotiques.	Moins susceptibles d'avoir des antécédents familiaux de troubles psychotiques.
Plus de symptômes positifs et négatifs.	Moins de symptômes positifs et négatifs.
Indépendant de l'usage de substances.	Induit principalement par l'usage de substances.
Moins fréquemment accompagné par des sentiments d'anxiété et de dépression.	Accompagné par des sentiments plus forts d'anxiété et de dépression.
La toxicologie urinaire est parfois positive.	La toxicologie urinaire est habituellement positive.

Sources^{146,147}.

L'évaluation psychiatrique d'une personne enceinte doit comprendre un examen de l'usage de substances en raison du potentiel de conséquences négatives pour le fœtus, et les patients devraient se voir offrir d'urgence des interventions de réduction des méfaits pour minimiser le risque^{38,68–70}.

L'évaluation clinique de personnes souffrant du TUS exige également le dépistage de comportement autodestructeur non suicidaire, de comportement suicidaire et d'agression/violence potentielle, étant donné les associations bien connues avec l'utilisation de substances^{71–73}. De plus, de nombreuses personnes ayant un TUS utilisent les substances pour s'adapter aux stress environnementaux, aux symptômes psychiatriques (comme le trouble de stress post-traumatique [TSPT] et la dysrégulation émotionnelle)^{74–76} qui devraient tous être explorés durant l'évaluation.

Il est essentiel de spécifier, pour tous les TUS, la gravité ou la rémission de l'utilisation de substances, passée ou présente, car cela peut guider la planification du traitement. L'objectif global d'une évaluation est d'identifier tous les diagnostics psychiatriques et de TUS (avec les étapes du changement pour ce dernier) et de développer une compréhension biopsychosociale qui guide la planification du traitement.

Connaissances et compétences basées sur le milieu clinique

Service d'urgence et milieux psychiatriques de patients hospitalisés

Dans les services d'urgence (SU) d'un hôpital de soins aigus et les services d'hospitalisation, le clinicien doit évaluer les patients souffrant d'un TUS aigu, y compris les états d'intoxication, le sevrage et le délire, et les patients souffrant d'un trouble psychiatrique primaire compliqué par l'utilisation de substance. Les cliniciens doivent identifier l'intoxication par substance et les syndromes du sevrage de toutes les grandes classes de substances et les différencier des troubles psychiatriques sous-jacents. Selon le contexte, ils peuvent avoir besoin de gérer l'agression induite par une substance et les syndromes du sevrage, principalement de l'alcool, des stimulants, des benzodiazépines et des opioïdes. La connaissance de l'intoxication aux opioïdes et de l'usage approprié de la naloxone est impérative. Les cliniciens devraient être familiers avec les benzodiazépines pour le sevrage d'alcool et savoir comment utiliser le Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, révisé (CIWA-Ar)⁷⁷ ou une échelle semblable. En outre, les cliniciens devraient être familiers avec l'usage de l'Échelle clinique de sevrage des

opioïdes (COWS) pour déterminer la gravité du sevrage d'opioïdes et orienter vers ou initier un traitement par agoniste opioïde (TAO) pour soulager les symptômes de sevrage. Surtout, les psychiatres devraient être en mesure de décider quand l'hospitalisation est indiquée pour un patient souffrant d'un TUS, par exemple, pour un syndrome de sevrage compliqué ou de graves comorbidités médicales ou psychiatriques⁷⁸. Le risque de suicide et d'agression/violence est élevé en intoxication aiguë et dans les états de sevrage. Il faut les surveiller de près, utiliser au besoin des techniques de désescalade, de contention chimique/physique et impliquer les agents de sécurité lorsque requis. Tous les patients en état d'intoxication ou de sevrage devraient être réévalués lorsque les symptômes sont résolus pour la présence d'un TUS, leur motivation au changement, des symptômes psychiatriques persistants et une évaluation de risque de sécurité si c'est indiqué. Des services de soins de suivi appropriés pour la toxicomanie ou des troubles concomitants devraient être organisés.

Patient ambulatoire—Communauté

Dans les milieux de traitement de la santé mentale ambulatoires et communautaires, de nombreux patients utiliseront des substances, allant des quantités à faible risque (p. ex. un joint de cannabis par semaine) à un usage problématique (p. ex. quatre bouteilles de bière par jour), et certains peuvent satisfaire aux critères d'un TUS. Tous les patients, quelle que soit la quantité de substances utilisée, devraient être capables d'accéder à un traitement de toxicomanie fondé sur des données probantes^{15,16,79–83}. Les psychiatres travaillant dans ces milieux devraient être conscients des ressources de la communauté et de l'hôpital qui sont disponibles pour les patients en quête d'un traitement de la toxicomanie, y compris les services de réduction des méfaits fondés sur les données probantes, les installations de gestion des sevrages, les programmes de traitement communautaires, les cliniques offrant des traitements pharmacologiques, le counseling privé et les centres de traitement résidentiels. Un développement récent des soins de toxicomanie sont les Cliniques de médecine à accès rapide en toxicomanie (RAAM), qui offrent des soins à court terme, principalement aux patients ayant un TUA et un trouble d'usage d'opioïdes (TUO)^{84–86}. Les psychiatres doivent savoir comment les patients peuvent accéder à ces services. De plus, les cliniciens devraient revendiquer pour leurs patients ayant un TUS de recevoir une aide médicale adéquate pour le TUS et d'offrir des soins constants pour contribuer à gérer la comorbidité psychiatrique.

En plus de soutenir les patients de santé mentale à accéder aux services de toxicomanie, les psychiatres doivent

dispenser des soins aux patients qui utilisent des substances. La prévalence élevée de l'usage de substances par des personnes souffrant de troubles psychiatriques exige que toutes les cliniques ambulatoires acceptent des patients ayant des degrés de gravité du TUS de légers à modérés, offrent des soins psychiatriques et encouragent la participation aux services de toxicomanie. Les patients qui ont une gravité élevée de symptômes de santé mentale et d'usage de substances profiteront de soins de troubles concomitants, avec traitement intégré⁸⁷ notamment la pharmacothérapie fondée sur les données probantes et les interventions psychosociales. Cependant, la disponibilité de ces cliniques est limitée. Les soins collaboratifs ou parallèles sont préférables qu'un refus d'offrir des soins aux patients souffrant de troubles concomitants et ayant des besoins importants. Les soins virtuels, avec des visites par vidéo ou téléphone, peuvent élargir l'accès aux soins pour bien des patients et peuvent souvent convenir aux patients ayant des troubles concomitants qui peuvent avoir des difficultés à se rendre à une clinique ou un bureau⁸⁸⁻⁹²

En plus des programmes de traitement structurés, les cliniciens devraient connaître les ressources additionnelles pour les personnes ayant un TUS. Ce sont entre autres des groupes de soutien comme les Alcooliques Anonymes et les Groupes de récupération SMART. Les groupes se rencontrent en personne ou virtuellement et sont une option facile d'accès pour bon nombre de patients s'ils ont accès à un téléphone cellulaire. En outre, les personnes ayant un TUS peuvent trouver de l'information en ligne dans de nombreuses ressources réputées. D'autres outils de rétablissement sont notamment les applications de téléphone intelligent, qui offrent une série d'approches et de soutiens de plus en plus sophistiqués. Les cliniciens doivent soutenir les patients souffrant du TUS pour trouver et utiliser les interventions qui les aideront à réduire leur usage de substance et à s'en abstenir afin d'améliorer leur santé mentale et physique.

Les cliniciens devraient régulièrement s'enquérir de l'usage de substances lors des rendez-vous de suivi afin d'identifier l'usage en cours et les changements d'utilisation qui peuvent altérer la prise en charge psychiatrique. Les psychiatres des patients ambulatoires devaient être capables d'utiliser l'intervention brève pour le TUS, notamment des stratégies motivationnelles et de prévention des rechutes. Par ailleurs, les psychiatres devraient se familiariser avec les médicaments pour le TUS, y compris les interactions médicamenteuses notables et les effets secondaires potentiellement graves.

Consultation-Liaison

Dans le service de consultation-liaison (C/L), on demande souvent aux psychiatres d'évaluer les patients ayant

divers problèmes cliniques associés à l'usage de substances, allant de conditions induites par une substance à des troubles concomitants, à l'amélioration de la motivation et la prévention des rechutes. Comme dans le SU, le psychiatre doit diagnostiquer et gérer l'intoxication à une substance aigüe et le sevrage, incluant mais sans s'y limiter le sevrage d'alcool, le délirium tremens et d'autres troubles cognitifs associés au TUA (p. ex., les troubles neurocognitifs induit par l'alcool, le syndrome de Korsakoff et l'encéphalopathie de Wernicke) ainsi que l'intoxication par opioïde et le sevrage. Le psychiatre de C/L devrait être capable de conseiller l'équipe médicale sur la prise en charge appropriée des syndromes de sevrage chez les patients médicalement malades, par exemple, un patient dont la fonction hépatique est compromise. Selon la disponibilité des soins médicaux de toxicomanie pour patient hospitalisé, le psychiatre peut avoir besoin d'être en mesure d'initier des médicaments pour traiter les TUS, notamment des médicaments pour le tabac et le TUA, de même que le traitement par agoniste opioïde (TAO) chez les patients ayant un TUO modéré à grave. Les psychiatres peuvent avoir besoin de gérer des patients déjà en TAO ou de prescrire temporairement des opioïdes aux patients hospitalisés pour éviter le sevrage. Finalement, le psychiatre de C/L doit s'assurer que les patients reçoivent un suivi pour un traitement de toxicomanie et un TAO après le congé. Discontinuer les opioïdes chez les patients ayant un TUO se situe sous les normes de soins et met la vie en danger. Avec cette pratique, de nombreux patients prendront congé contre avis médical et seront à risque accru de morbidité et de mortalité d'une surdose en raison de la perte de tolérance durant le séjour à l'hôpital. Les psychiatres de C/L devraient être habiles à engager les patients à un traitement pour leur TUS avec des compétences en EM ou de brèves interventions et une familiarité avec le processus des orientations avec les soins ambulatoires. Comme le psychiatre communautaire, ils doivent être au courant des ressources locales communautaires et hospitalières disponibles pour traiter ou aider à traiter un patient ayant un TUS et faciliter la connexion avec les programmes avant le congé.

Centres spécialisés en toxicomanie

Les psychiatres peuvent également contribuer aux soins des patients dans des centres de traitement spécialisés en toxicomanie. Par exemple, une étude classique a démontré que la gravité des symptômes psychiatriques représente le prédicteur le plus solide du pronostic d'un traitement de TUS¹⁴. Identifier et traiter des conditions psychiatriques

concomitantes améliore la rétention en traitement pour les personnes ayant un TUS⁹³⁻⁹⁵. Les psychiatres peuvent prescrire des médicaments pour les troubles psychiatriques concomitants et offrir soutien et éducation à l'égard de la santé mentale et des enjeux de toxicomanie concomitants aux professionnels travaillant dans des centres de traitement spécialisés en toxicomanie, en les aidant à comprendre les patients et à travailler avec eux plus efficacement.

Traitement des troubles d'usage de substances

Traitements psychosociaux et comportementaux

Les interventions psychosociales et psychothérapeutiques ont été des éléments essentiels du traitement de la toxicomanie pendant des décennies, bien que les études soutenant des interventions parlées spécifiques et structurées soient plus récentes. Ces traitements sont habituellement dispensés par des non-psychiatres et souvent dans des programmes de traitement non médical, mais les psychiatres doivent être conscients des interventions basées sur les données probantes non-pharmacologiques qui soutiennent le rétablissement. Celles-ci peuvent être offertes en séances individuelles ou de groupes ou en programmes structurés et comportent souvent certaines ou toutes les pratiques suivantes basées sur les données probantes : psychoéducation, EM, prévention de la rechute, thérapie cognitivo-comportementale, animation basée sur les 12 étapes, gestion de contingence, interventions familiales, prévention de la rechute basée sur la pleine conscience, et la thérapie d'acceptation et d'engagement⁹⁶⁻⁹⁹.

Il est essentiel de reconnaître que les déterminants psychosociaux de la santé ont un effet profond sur l'usage de substances et qu'aider un patient à obtenir un logement, un soutien financier et un environnement sûr est nécessaire pour que toute intervention psychothérapeutique soit efficace.

Tous les psychiatres, incluant ceux qui ne travaillent pas dans les milieux de traitement de la toxicomanie, ont besoin de compétences vitales pour soutenir les patients en rétablissement. Les compétences comprennent une attitude d'acceptation et de non-jugement, des interventions de réduction des méfaits et la familiarité d'identifier la phase de changement d'un patient. Les compétences fondamentales en EM permettent aux psychiatres de soutenir les patients à toutes les phases du changement³⁶. Il est utile d'être à l'aise d'explorer les déclencheurs de rechute d'usage en utilisant une approche collaborative d'analyse de la chaîne du comportement qui

voit la rechute comme une possibilité d'apprentissage. Par exemple, cela pourrait comporter l'exploration de situations à haut risque, des envies, des pressions sociales, des émotions difficiles, des modes de pensée, du manque d'équilibre dans le style de vie et dans le réseau de rétablissement d'un patient¹⁰⁰. Les approches de confrontation en ce qui concerne l'usage de substances sont inefficaces et ne jouent aucun rôle dans le traitement actuel de la toxicomanie¹⁰¹⁻¹⁰⁴.

Les soins sont souvent difficiles d'accès pour les personnes ayant un TUS. Les psychiatres devraient être au courant des ressources locales visant la réduction des méfaits de la toxicomanie et des ressources de traitement et plaider pour que leurs patients puissent y accéder.

Il est essentiel de reconnaître que bien des gens utilisent des substances comme stratégie d'adaptation pour des souvenirs liés à un traumatisme, une dérégulation des émotions, l'anxiété, des situations de vie dangereuses, et autres. Offrir des interventions de soutien et réduire les méfaits peut aider les gens à commencer à changer leur usage de substances. L'accès aux interventions de parole fondées sur des données probantes variera selon la communauté, et les patients devraient être encouragés à accéder aux traitements en personne disponibles et à explorer les groupes thérapeutiques virtuels en ligne.

À noter, bien des personnes se rétablissent d'un TUS sans traitement officiel de la toxicomanie. Donner de bons soins psychiatriques en abordant régulièrement et en encourageant les changements de comportement du TUS peut aider de nombreux patients à réduire leur consommation ou à atteindre l'abstinence sans interventions additionnelles¹⁰⁵. Cependant, traiter un trouble psychiatrique sans tenir compte d'un TUS comorbide n'est pas recommandé.

Pharmacothérapie

Les psychiatres devraient être familiarisés avec la pharmacothérapie pour le TUS. Des données probantes soutiennent le traitement du TUA, du TUO et du trouble d'usage du tabac (TUT) avec des médicaments^{19-21,106-108}.

Traitement pharmacologique du TUA

Tous les patients ayant un TUA de modéré à grave devraient se voir offrir un essai de pharmacothérapie pour contribuer à traiter leur TUA. La naltrexone et l'acamprosate ont des indications de Santé Canada pour traiter le TUA d'après leur efficacité à réduire les manques, les jours de forte consommation d'alcool et à accroître les taux d'abstinence¹⁰⁹. Les deux médicaments

peuvent être prescrits tandis que le patient boit encore de l'alcool. La naltrexone est débutée à 25 mg pour trois jours, puis augmentée à la dose standard de 50 mg par jour. Les doses supérieures à 50 mg par jour ne sont pas habituellement requises ni conseillées. Les patients devraient subir des tests de la fonction hépatique à la base et une surveillance périodique. Selon les résultats de ceux-ci, un autre agent peut être proposé. Le dosage de l'acamprosate est de 666 mg trois fois par jour (TID). Il est éliminé rénalement, donc un test initial de la fonction rénale est nécessaire. Le disulfiram est un agent efficace pour certains patients spécifiques, mais il doit être préparé et ne devrait pas être un traitement de première intention. Les patients doivent être engagés à l'abstinence. L'usage de l'alcool lors de la prise de disulfiram peut produire une profonde réaction physique qui peut être grave et éventuellement fatale, ce qui demande une sélection soigneuse du patient. Le dosage habituel est de 250 mg par voie orale une fois par jour, en présence de leur principal soutien, ou lors d'une ingestion quotidienne avec témoin dans une pharmacie. Le test de la fonction hépatique devrait être fait à la base et surveillé périodiquement. Le gabapentin et le topiramate sont des traitements de deuxième intention hors indication officielle et peuvent être utiles pour les envies impérieuse d'alcool et la réduction de l'anxiété^{18,109,110}. Le dosage dans les essais cliniques pour le gabapentin est de 900-1800 mg par jour en doses divisés, et pour le topiramate est de 100-150 mg deux fois par jour (BID). La titration de ces doses devrait être graduelle, et la fonction rénale devrait être testée à la base.

Traitement pharmacologique du TUO

Les attentes du rôle du psychiatre pour soutenir les personnes ayant un trouble d'usage d'opioïdes (TUO) sont très variables, selon le milieu du traitement¹¹¹⁻¹¹⁴. Par exemple, dans certains milieux, les psychiatres peuvent être principalement des prescripteurs de TAO (traitement agoniste opioïde) alors que dans d'autres, ils peuvent soutenir la prise en charge d'un trouble concomitant en conjonction avec un autre prescripteur de TAO distinct, souvent des médecins de famille¹¹¹⁻¹¹⁴. Néanmoins, les psychiatres devraient être familiarisés avec les indications pour le TAO et être en mesure d'aider un patient à fréquenter une clinique ou un milieu de proximité pour initier ou poursuivre le TAO¹¹¹⁻¹¹⁴. Dans certains milieux, les psychiatres auront besoin des compétences pour discuter du TAO, aider à choisir un médicament, obtenir le consentement, initier le TAO, et gérer ou orienter pour un traitement continu¹¹¹⁻¹¹⁴.

Le TAO est le standard des soins pour le TUO. En ce qui concerne la sélection du TAO, la buprénorphine-naloxone est généralement considérée la première intention, étant

donné son profil de sécurité supérieure et son faible risque de diversion^{20,21,115,116} tandis que la méthadone est de deuxième intention. Cependant, la rétention en traitement est habituellement plus élevée avec la méthadone qu'avec la buprénorphine-naloxone¹¹⁷. Une exemption fédérale n'est plus nécessaire pour prescrire la méthadone, mais les patients sur la méthadone sont généralement pris en charge dans des cliniques spécialisées. Les formulations à action prolongée de buprénorphine (injections mensuelles ou implants deux fois l'an) peuvent réduire le risque de rechute et mieux soutenir le rétablissement^{118,119}. La gestion du sevrage ou de la désintoxication des opioïdes ne devrait pas être offerte comme seul traitement. La naltrexone peut être considérée chez des patients très motivés ayant le TUO dans des circonstances exceptionnelles, bien que la formulation intramusculaire à action prolongée ne soit pas disponible au Canada¹²⁰. Il y a un intérêt pour l'offre publique de drogues addictives (comme l'hydromorphone et l'héroïne de qualité pharmaceutique) comme stratégie de réduction des méfaits pour réduire les décès des opioïdes illicites. Plusieurs études de résultats sont en cours¹²¹. Toutes les personnes ayant un TUO devraient se faire offrir et prier d'obtenir une trousse de naloxone et de se familiariser avec son usage.

Traitement pharmacologique du TUT

L'usage du tabac est prévalent chez les personnes ayant des troubles psychiatriques^{122,123} et il contribue à l'espérance de vie réduite de la population psychiatrique. Par conséquent, les psychiatres doivent être capables de soutenir leurs patients à cesser de fumer. Malheureusement, les cliniciens souvent n'abordent pas l'usage du tabac avec leurs patients et ne le mentionnent même pas à la liste des diagnostics; toutefois, traiter le TUT devrait être intégré dans les soins psychiatriques¹⁰⁷. Tous les cliniciens devraient être capables de prescrire régulièrement les pharmacothérapies du TUT indiquées par Santé Canada, incluant diverses formes de thérapie de remplacement de la nicotine, le bupropion ou la varenicline, d'offrir un counselling de base pour soutenir le sevrage tabagique, et une orientation vers les programmes locaux et nationaux d'arrêt du tabac (comme <https://www.smokershelpline.ca/fr-ca/home>). Pour arrêter de fumer, le dosage de bupropion est habituellement de 300 mg par jour. Pour la varenicline, c'est 0,5 mg par jour pendant trois jours, puis 0,5 mg BID pendant quatre jours, puis 1 mg BID après cela, les patients restant sur ces médicaments pour au moins 12 semaines. Les risques potentiels de suicidalité ou de détérioration psychiatrique avec une prescription soit de bupropion ou de varenicline devraient être discutés et surveillés.

Prescription de médicaments potentiellement addictifs

Tous les médecins doivent minimiser les risques de l'usage problématique quand ils prescrivent les médicaments potentiellement addictifs. Pour les psychiatres, la prescription de sédatifs-hypnotiques et psychostimulants devrait être surveillée de près en vertu de leur risque de dépendance physiologique, d'abus et de diversion. Les médicaments sédatifs-hypnotiques devraient être limités à un usage à court terme si possible, et les cliniciens doivent surveiller l'usage problématique. Les patients à qui l'on a prescrit des agents sédatifs-hypnotiques à long terme doivent se faire offrir une déprescription quand indiqué, y compris un sevrage progressif, passer à des agents avec une demi-vie plus longue, et des médicaments alternatifs. Le traitement aux benzodiazépines pour les troubles psychiatriques devrait être restreint et limité dans le temps pour minimiser le risque de développer des troubles d'usage des benzodiazépines. La prudence est de mise lorsqu'on prescrit des psychostimulants pour le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) à des personnes ayant un TUS ou à risque d'usage problématique, de même que chez les gens à risque de psychose (p. ex., schizophrénie) ou d'humeur instable (p. ex., maladie bipolaire)¹²⁴. Les lignes directrices canadiennes du TDAH recommandent l'atomoxétine non stimulante comme première intention pour le TDAH et le TUS comorbides¹²⁵. Les patients demandent souvent des médicaments pour l'insomnie, dont bon nombre ont un potentiel de toxicomanie, et les médecins sont encouragés à fournir des stratégies pour la gestion non pharmacologique des difficultés de sommeil comme traitement de première intention, autant que possible¹²⁶.

Traitement pharmacologique d'autres troubles addictifs

Il n'y a pas présentement de médicaments indiqués pour le trouble lié à l'usage de stimulants, le trouble lié à l'usage du cannabis et le trouble du jeu. Les psychiatres en exercice sont encouragés à surveiller les développements des médicaments pour les TUS car de nombreux essais de médicaments sont en cours pour identifier les traitements efficaces. Notamment, la pharmacothérapie fondée sur les données probantes combinée à une intervention psychothérapeutique est considérée la meilleure pratique dans le traitement du TUS et peut maximiser les résultats pour atteindre une rémission soutenue¹²⁷.

Pharmacothérapie pour troubles concomitants

Les troubles psychiatriques comorbides, en particulier l'humeur, l'anxiété et le SSPT sont très prévalents chez les personnes ayant un TUS^{4-6,10,11,64,79,128-130}. Cependant, il y a un manque de données probantes robustes pour suggérer qu'altérer la pharmacothérapie pour traiter un trouble psychiatrique en présence de comorbidité du TUS est bénéfique, donc, la recommandation générale est de prescrire la médication qui sera vraisemblablement acceptée par le patient et qui est indiquée pour le trouble psychiatrique spécifique qui est traité^{54,55,57,58,131,132}. Il faut aussi reconnaître que de nombreux symptômes psychiatriques disparaissent avec l'abstinence. Tout de même, les patients qui ont ou sont susceptibles d'avoir des symptômes psychiatriques persistants qui satisfont aux critères d'un trouble devraient être traité avec la pharmacothérapie indiquée pour ce trouble, même s'ils utilisent encore des substances. Toutefois, prescrire des psychostimulants pour le TDAH à des personnes qui ont un trouble actif d'usage de stimulants n'est généralement pas recommandé, les non-stimulants étant préférés en première intention. De récentes publications recommandent de traiter les troubles psychotiques, la dépression, les troubles alimentaires, le TDAH et les troubles de la personnalité, et les TUS.

Les psychiatres devraient être conscients de l'intérêt croissant des patients pour l'usage des cannabinoïdes, des psychédéliques (comme la psilocybine) et la kétamine pour traiter les symptômes psychiatriques. Malgré un manque de données probantes, de nombreux patients utilisent du cannabis pour des symptômes de SSPT et autres troubles¹³³⁻¹³⁶. Des études en cours utilisent des psychédéliques, comme la psilocybine, dans des séances spécialisées de psychothérapie pour explorer des enjeux spécifiques dans le but de la guérison et de la transformation¹³⁷⁻¹⁴⁰. Toutefois, les cannabinoïdes et les traitements psychédéliques pour les troubles psychiatriques et le TUS demeurent expérimentaux.

Problèmes et solutions pour l'éducation

Le Canada a un nombre limité de psychiatres ayant une formation additionnelle et une expertise des soins de toxicomanie, alors les programmes de résidence au pays devraient utiliser l'expertise dans leurs départements et encourager les résidents psychiatriques à travailler avec les spécialistes de la médecine de la toxicomanie pour répondre à leurs besoins d'apprentissage. En outre, les psychiatres qui ont reçu peu de formation durant la

résidence en matière de traitement du TUS sont encouragés à développer leurs connaissances, leurs compétences et leurs attitudes pour prendre en charge le TUS dans leurs activités de formation médicale continue afin de mieux superviser les résidents et d'accroître leur expertise clinique. Les organisations professionnelles, comme l'American Academy of Addiction Psychiatry (<https://www.aaap.org>), le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (<https://www.ccsa.ca>), la Société médicale canadienne sur l'addiction (<https://csam-smca.org>), l'American Society of Addiction Medicine (<https://www.asam.org>), et l'International Society of Addiction Medicine (<https://isamweb.org>), offrent une variété de possibilités de formation et d'éducation. L'information et l'éducation se trouvent aussi dans des ressources provinciales en ligne comme Meta:Phi (<http://www.metaphi.ca>), le British Columbia Centre on Substance Use (<https://www.bccsu.ca>), le Centre de toxicomanie et de santé mentale (<https://www.camh.ca>), et l'Atlantic Mentorship Network for Pain & Addiction (<https://www.atlanticmentorship.com>).

Conclusions

Les patients souffrant du TUS se retrouvent dans tous les milieux de la pratique psychiatrique. Les troubles concomitants sont la norme plutôt que l'exception. Malgré la prévalence et les conséquences des TUS et leur fréquence de présentation pour une intervention potentielle, la plupart des gens avec ou sans un trouble psychiatrique comorbide ne reçoivent aucun traitement¹⁴¹⁻¹⁴⁴. S'ils en reçoivent un, ils déclarent souvent des besoins non comblés¹⁴⁵. Les psychiatres jouent un rôle crucial pour traiter les gens ayant des symptômes psychiatriques concomitants et des TUS. Tous les psychiatres ont besoin des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires à identifier et à contribuer à gérer un TUS primaire et comorbide chez les patients qu'ils voient. Les psychiatres en exercice, surtout ceux qui supervisent les résidents, peuvent avoir besoin de rechercher des occasions éducatives pour dispenser ces soins et améliorer les résultats de patients et aider à former les futurs psychiatres. Les cliniciens peuvent ensuite apporter une rétroaction et un encadrement appropriés aux résidents dans leur formation quand on leur demande d'évaluer les APC sur le TUS, et de devenir des modèles pour les résidents. De plus, les psychiatres ont aussi besoin d'être des leaders des soins dispensés aux patients ayant des troubles concomitants, compte tenu de leurs compétences uniques pour engager les patients dans leurs soins, appliquer les techniques

psychothérapeutiques, et les intégrer de manière transparente avec des pharmacothérapies fondées sur des données probantes.

Avec l'aide de l'APC et du CRMCC, la profession psychiatrique doit faire en sorte que les psychiatres en exercice possèdent les connaissances, les compétences et les attitudes pour traiter efficacement les patients ayant un TUS. En outre, comme profession, la psychiatrie devrait redoubler d'efforts pour offrir une formation dans l'évaluation et le traitement de patients ayant des troubles de toxicomanie pour mieux soutenir cette population sous-desservie.

Bibliographie

1. Fleury G, Milin R, Crockford D, et coll. Formation sur les troubles liés aux substances et aux dépendances, partie 1 : aperçu de la pratique clinique et recommandations générales [énoncé de principe]. *Can J Psychiatry*. 2015;60(12):1-9.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd., text rev.)*. Arlington (VA), US: Auteur; 2022.
3. Malbeuf J. Substance use costs Canada's territories up to \$2,500 a person each year: report. CBC, le 14 nov 2018 [cité le 5 juill 2019]. www.cbc.ca/news/canada/north/territories-canada-substance-use-1.4905376. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/territories-canada-substance-use-1.4905376>
4. Hasin DS, Kerridge BT, Saha TD, et coll. Prévalence et corrélats du trouble lié à la consommation de cannabis selon le DSM-5, 2012-2013 : résultats de l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les affections associées III. *Am J Psychiatry*. 2016;173(6):588-599.
5. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et coll. Épidémiologie des troubles liés à la consommation d'alcool selon le DSM-5 : résultats de l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les affections associées III. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757-766.
6. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, et coll. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):39-47.
7. Rennett L, Denis C, Peer K, et coll. DSM-5 gambling disorder: prevalence and characteristics in a substance use disorder sample. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2014;22(1):50-56.
8. Carney T, Myers B. Efficacité des interventions précoces auprès des adolescents toxicomanes : résultats d'une revue systématique et d'une méta-analyse. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7(1):25.
9. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et coll. Cooccurrence au cours de la vie de l'abus d'alcool et de la dépendance au DSM-III-R avec d'autres troubles psychiatriques dans l'enquête nationale sur les comorbidités. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):313-321.
10. Farrell M, Howes S, Bebbington P, et coll. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2001;179:432-437.
11. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et coll. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on

- alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):807–816.
12. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et coll. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*. 1990;264(19):2511–2518.
 13. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders: theoretical foundation and evidence-based therapy. *Fortschritte Neurol Psychiatr*. 2008;76(5):263–271.
 14. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, et coll. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(6):620–625.
 15. Drake RE, O’Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34(1):123–138.
 16. Santé Canada. Meilleures pratiques. Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Rapport. Ottawa (ON): Auteur; 2002 [cité le 11 janv 2022]. 161 p. <https://www.drugsandalcohol.ie/19446/>.
 17. Santé Canada. Renforcer l’approche du Canada face aux problèmes de consommation de substances. 2019 [cité le 7 juill 2022]. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/ce-que-nous-avons-entendu-renforcement-approche-egard-enjeux-lies-consommation-substances.html>
 18. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, et coll. Lignes directrices de pratique de l’American Psychiatric Association pour le traitement pharmacologique des patients souffrant de troubles liés à la consommation d’alcool. *Am J Psychiatry*. 2018;175(1):86–90.
 19. Soyka M, Kranzler HR, Berglund M, et coll. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: alcoholism. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):6–23.
 20. Soyka M, Kranzler HR, van den Brink W, et coll. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders, part 2: opioid dependence. *World J Biol Psychiatry*. 2011;12(3):160–187.
 21. Bruneau J, Ahamad K, Goyer M-È, et coll. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ* 2018;190(9):E247–E257.
 22. Fischer B, Robinson T, Bullen C, et coll. Lower-risk cannabis use guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: a comprehensive evidence and recommendations update. *Int J Drug Policy*. 2022;99:103381.
 23. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Exigences de la formation spécialisée en psychiatrie, version 2. Ottawa (ON): Auteur; 2015 [cité le 7 juil 2022]. <https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/ibd/psychiatry/psychiatry-str-f.html>
 24. El-Guebaly N, Gameau Y. Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l’alcoolisme et la toxicomanie [énoncé de principe]. *Bulletin de l’Association des psychiatres*. 1997; 29(encart 5):1–6.
 25. Crockford D, Fleury G, Milin R, et coll. Formation sur les troubles liés aux substances et aux dépendances, partie 2 : lignes directrices mises à jour [énoncé de principe]. *Can J Psychiatry*. 2015;60(12):1–12.
 26. Maudsley RF, Dagg P, Wilson J, et coll. La compétence par conception : Remodeler l’éducation médicale au Canada. Ottawa (ON): Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada;2014;141. <https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/accreditation/educational-strategy-and-accreditation/royal-college-competency-by-design-ebook-f.pdf>
 27. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Compétences en psychiatrie. <https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/ibd/psychiatry/psychiatry-competencies-e.pdf>.
 28. Frank JR, Snell L, Sherbino J, et coll. CanMEDS 2015: cadre de compétence des médecins. Ottawa (ON): Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015 [cité le 5 avr 2019]. <https://www.royalcollege.ca/ca/fr/canmeds/about-canmeds.html>.
 29. Luoma JB, Hayes SC, Twohig MP, et coll. Augmenting continuing education with psychologically focused group consultation: effects on adoption of group drug counseling. *Psychotherapy*. 2007;44(4):463–469.
 30. McLellan AT, Lewis DC, O’Brien C, et coll. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000;284(13):1689–1695.
 31. Brenner AM. Revisiting the biopsychosocial formulation: neuroscience, social science, and the patient’s subjective experience. *Acad Psychiatry*. 2016;40(5):740–746.
 32. El-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, et coll, dirs. *Textbook of addiction treatment: international perspectives*. 2e éd. New York (NY): Springer; 2021. 1585 p.
 33. Ruiz P, Strain E, dirs. *Lowinson and Ruiz’s substance abuse: a comprehensive textbook*. 5e éd. Philadelphia (US): Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 1074 p.
 34. Miller P, dir. *Principles of addiction: comprehensive addictive behaviors and disorders, volume 1*. Philadelphia (US): Academic Press; 2013. 959 p.
 35. Prochaska JO, DiClemente CC. Étapes et processus d’auto-changement de tabac : vers un modèle intégrateur de changement. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–395.
 36. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3e éd. New York, (NY): Guilford Press; 2012. 482 p.
 37. Pollak KI, Nagy P, Bigger J, et coll. Effect of teaching motivational interviewing via communication coaching on clinician and patient satisfaction in primary care and pediatric obesity-focused offices. *Patient Educ Couns*. 2016;99(2):300–303.
 38. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Screening & assessment. Dans: *Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women*. MD (US): Auteur; 2013 [cité le 7 juill 2022] : 57–81. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83253/.
 39. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, et coll. Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT). *Subst Abuse*. 2007;28(3):7–30.
 40. Karno MP, Rawson R, Rogers B, et coll. Effect of screening, brief intervention and referral to treatment for unhealthy alcohol and other drug use in mental health treatment settings: a randomized controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. 2021;116(1):159–169.
 41. Mattoo SK, Prasad S, Ghosh A. Brief intervention in substance use disorders. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(4):466–472.
 42. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of the Surgeon General. Early intervention, treatment, and management of substance use disorders. US Department of Health and Human Services; 2016 [cité le 18 juill 2022]. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/
 43. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et coll. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO

- collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*. 1993;88(6):791–804.
44. Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav*. 1982;7(4):363–371.
 45. Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, et coll. An improved brief measure of cannabis misuse: the cannabis use disorders identification test-revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend*. 2010;110(1):137–143.
 46. Dadiomov D. Laboratory testing for substance use disorders. Dans : Marienfeld C, dir. *Absolute addiction psychiatry review: an essential board exam study guide*. Cham (CH): Springer International Publishing; 2020. p17–30.
 47. Onaemo VN, Fawehinmi TO, D'Arcy C. Alcohol use disorder and the persistence/recurrence of major depression. *Can J Psychiatry*. 2020;65(9):652–663.
 48. Samokhvalov AV. Theory and practice of treatment of concurrent major depressive and alcohol use disorders: 7 lessons from clinical practice and research. *Can J Addict*. 2021;12(3):39–46.
 49. McKee SA. Concurrent substance use disorders and mental illness: bridging the gap between research and treatment. *Can Psychol*. 2017;58(1):50–57.
 50. Danilewitz M, Bahji A, Lamba W, et coll. Concurrent disorders management in psychiatric care: opportunities and challenges. *Can J Addict*. 2021;12(3):7–9.
 51. Hakobyan S, Vazirian S, Lee-Cheong S, et coll. Concurrent disorder management guidelines. Systematic review. *J Clin Med*. 2020;9(8):2406.
 52. Karapareddy V. A review of integrated care for concurrent disorders: cost effectiveness and clinical outcomes. *J Dual Diagn*. 2019;15(1):56–66.
 53. Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry*. 2018;17(3):258–275.
 54. Danilewitz M, Bahji A. Opioid use disorder comorbidity in individuals with schizophrenia-spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Can J Addict*. 2021;12(4):26–37.
 55. Crockford D, Addington D. Canadian schizophrenia guidelines: schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):624–634.
 56. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1184–1190.
 57. Fraser R, Isaif L, Laporte L. Birds of a feather flock together: concurrent personality disorders and substance use disorders. *Can J Addict*. 2021;12(4):17–25.
 58. Norris T, Dahl P, Jericho M, et coll. Identifying and managing eating disorders in persons presenting for addiction treatment. *Can J Addict*. 2021;12(4):6–16.
 59. Mariani JJ, Levin FR. Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *Am J Addict*. 2007;16(Suppl 1):45–56.
 60. National Institute on Drug Abuse. Sex and gender differences in substance use. Bethesda, Maryland: Auteur; 2022 [cité le 7 juill 2022]. nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use.
 61. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(2):241–252.
 62. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, et coll. Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. 2018;66:12–23.
 63. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74(3):265–272.
 64. Conway KP, Compton W, Stinson FS, et coll. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(2):247–257.
 65. McTavish JR, MacMillan HL. The need for meaningful support following exposure to sexual assault. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58(12):1799–1801. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35128577/>.
 66. McTavish JR, Kimber M, Devries K, et coll. Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2017;7(10):e013942.
 67. McTavish JR, Kimber M, Devries K, et coll. Children's and caregivers' perspectives about mandatory reporting of child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2019;9(4):e025741.
 68. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et coll. Lignes directrices de la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique (WFSBP) pour le traitement biologique de la schizophrénie, partie 3 : mise à jour 2015 Gestion des circonstances particulières : dépression, tendances suicidaires, troubles liés à l'usage de substances, grossesse et allaitement. *World J Biol Psychiatry*. 2015;16(3):142–170.
 69. Prince MK, Ayers D. Substance use in pregnancy. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité juill 2022]. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542330/.
 70. Day E, George S. Management of drug misuse in pregnancy. *Adv Psychiatr Treat*. 2005;11(4):253–261.
 71. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. Substance use and suicide. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(3):197–202.
 72. Esang M, Ahmed S. A closer look at substance use and suicide. *Am J Psychiatry Resid J*. 2018;13(6):6–8.
 73. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, et coll. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health*. 2016;38(3):e282–e291.
 74. Koob GF, Powell P, White A. Addiction as a coping response: hyperkatifeia, deaths of despair, and COVID-19. *Am J Psychiatry*. 2020;177(11):1031–1037.
 75. Ullman SE, Relyea M, Peter-Hagene L, et coll. Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addict Behav*. 2013;38(6):2219–2223.
 76. Wang K, Burton CL, Pachankis JE. Depression and substance use: towards the development of an emotion regulation model of stigma coping. *Subst Use Misuse*. 2018;53(5):859–866.
 77. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et coll. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353–1357.
 78. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, et coll. Treatment of patients with substance use disorders, 2e éd. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2007;164(4 Suppl):5–123.
 79. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, et coll. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national

- epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566–576.
80. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, et coll. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):589–608.
 81. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):105–118.
 82. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, et coll. Un examen des traitements pour les personnes souffrant de maladies mentales graves et de troubles concomitants liés à l’usage de substances. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27(4):360–374.
 83. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, et coll. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):100–107.
 84. Corace K, Willows M, Schubert N, et coll. Alcohol medical intervention clinic: a rapid access addiction medicine model reduces emergency department visits. *J Addict Med*. 2020;14(2):163–171.
 85. Kampman K, Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) national practice guideline for the use of medications in the treatment of addiction involving opioid use. *J Addict Med*. 2015;9(5):358–367.
 86. Wiercigroch D, Sheikh H, Hulme J. A rapid access to addiction medicine clinic facilitates treatment of substance use disorder and reduces substance use. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1):4.
 87. Green AI, Drake RE, Brunette MF, et coll. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(3):402–408.
 88. Bahji A, Bach P, Danilewitz M, et coll. Strategies to aid self-isolation and quarantine for individuals with severe and persistent mental illness during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Psychiatr Res Clin Pract*. 2021;3(4):184–190.
 89. Bahji A, Danilewitz M, Crockford D. Supporting persons who use drugs during the covid-19 pandemic: a rapid review of international guidelines. *Can J Addict*. 2021;12(2):6–18.
 90. Danilewitz M, Ainsworth NJ, Bahji A, et coll. Virtual psychiatric care for older adults in the age of COVID-19: challenges and opportunities. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(12):1468–1469.
 91. Levy S, Deister D, Fantegrossi J, et coll. Virtual Care in an outpatient subspecialty substance use disorder treatment program. *J Addict Med*. 2022;16(2):e112–e117.
 92. Busch AB, Sugarman DE, Horvitz LE, et coll. Telemedicine for treating mental health and substance use disorders: reflections since the pandemic. *Neuropsychopharmacology*. 2021;46(6):1068–1070.
 93. Chan B, Gean E, Arkhipova-Jenkins I, et coll. Retention strategies for medications for opioid use disorder in adults: a rapid evidence review. *J Addict Med*. 2021;15(1):74–84.
 94. Maremmani I, Zolesi O, Aglietti M, et coll. Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity. *J Addict Dis*. 2000;19(2):29–41.
 95. Aharonovich E, Garawi F, Bisaga A, et coll. Concurrent cannabis use during treatment for comorbid ADHD and cocaine dependence: effects on outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006;32(4):629–635.
 96. Kaufman E. *Psychotherapy of addicted persons*. New York (NY): Guilford Press; 1994. 258 p.
 97. Woody GE. Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *Am J Addict*. 2003;12(s2):S19–S26.
 98. Flores P. *Group psychotherapy with addicted populations: an integration of twelve-step and psychodynamic theory*, 3e éd. New York (NY): Routledge; 2007.
 99. National Institute on Drug Abuse. *Behavioral therapies*. Baltimore (MD): Auteur; 2018 [cité le 8 juill 2022]. <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies>.
 100. Marlatt GA, Donovan DM, dirs. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 2e éd. New York (NY): The Guilford Press; 2007. 416 p.
 101. Liepman MR, Nirenberg TD, Begin AM. Evaluation of a program designed to help family and significant others to motivate resistant alcoholics into recovery. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1989;15(2):209–221.
 102. Liepman MR, Nirenberg TD, Doolittle RH, et coll. Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Fam Process*. 1989;28(2):239–249.
 103. Loneck B, Garrett JA, Banks SM. A comparison of the Johnson Intervention with four other methods of referral to outpatient treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1996;22(2):233–246.
 104. Loneck B, Garrett JA, Banks SM. The Johnson Intervention and relapse during outpatient treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1996;22(3):363–375.
 105. Tucker JA, Chandler SD, Witkiewitz K. Epidemiology of recovery from alcohol use disorder. *Alcohol Res Curr Rev*. 2020;40(3):02.
 106. Soyka M, Kranzler HR, Hesselbrock V, et coll. Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: alcoholism, first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2017;18(2):86–119.
 107. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, et coll. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry*. 2009;54(6):368–378.
 108. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008 Aug;35(2):158–176.
 109. Bahji A, Bach P, Danilewitz M, et coll. Pharmacotherapies for adults with alcohol use disorders: a systematic review and network meta-analysis. *J Addict Med*. ePub avant l’impression le 2 juin 2022.
 110. Mong J, Ahamad K, Bach P. Anticraving medication for moderate to severe alcohol use disorder. *CMAJ*. 2021;193(19):E695–E695.
 111. Madras BK, Connery H. Psychiatry and the opioid overdose crisis. *Focus J Life Long Learn Psychiatry*. 2019;17(2):128–133.
 112. Bahji A, Danilewitz M, Crockford D. Response to Canadian Psychiatric Association opioid use disorder position statement: more than just collaborators in care. *Can J Psychiatry*. 2021;66(3):321–322.
 113. Brunette MF, Oslin DW, Dixon LB, et coll. The opioid epidemic and psychiatry: the time for action is now. *Psychiatr Serv*. 2019;70(12):1168–1171.
 114. Muvvala SB, Edens EL, Petrakis IL. What role should psychiatrists have in responding to the opioid epidemic? *JAMA Psychiatry*. 2019;76(2):107–108.
 115. American Society of Addiction Medicine. The ASAM national practice guideline for the treatment of opioid use disorder: 2020 focused update. *J Addict Med* 2020;14(2S):1–91.
 116. British Columbia Centre on Substance Use, British Columbia Ministry of Health, The Canadian Research Initiative on Substance

- Misuse. A guideline for the clinical management of opioid use disorder. 2017 [cité le 13 mai 2021]. www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OD-Guidelines_June2017.pdf.
117. Jutras-Aswad D, Le Foll B, Ahamad K, et coll. Flexible buprenorphine/naloxone model of care for reducing opioid use in individuals with prescription-type opioid use disorder: an open-label, pragmatic, noninferiority randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2022;appi.ajp.21090964.
 118. Ghosh SM, Klaire S, Tanguay R, et coll. A review of novel methods to support the transition from methadone and other full agonist opioids to buprenorphine/naloxone sublingual in both community and acute care settings. *Can J Addict*. 2019;10(4):10.
 119. Kumar, R, Viswanath, O, & Saadabadi, A. Buprenorphine. Dans: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité le 18 juill 2022]: 1–41. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/.
 120. Jarvis BP, Holtyn AF, Subramaniam S, et coll. Extended-release injectable naltrexone for opioid use disorder: a systematic review. *Addict Abingdon Engl*. 2018;113(7):1188–1209.
 121. Moniruzzaman A, Rezansoff SN, Sobey P, et coll. A public supply of addictive drugs: a rapid review. 2022 [cité le 18 juill 2022]. www.sfu.ca/carmha/publications/psadr.html.
 122. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et coll. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA*. 2000;284(20):2606–2610.
 123. Kozak K, George TP. Pharmacotherapy for smoking cessation in schizophrenia: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother*. 2020;21(5):581–590.
 124. Coles AS, Sasiadek J, George TP. Pharmacotherapies for co-occurring substance use and bipolar disorders: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2019;21(7):595–610.
 125. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD practice guidelines, 4^e éd. 2018 [cité le 5 janv 2019]. www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf.
 126. Soong C, Burry L, Greco M, et coll. Advise non-pharmacological therapy as first line treatment for chronic insomnia. *Br Med J*. 2021;372:n680.
 127. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, et coll. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e208279.
 128. Grant BF. Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *J Subst Abuse*. 1996;8(2):195–210.
 129. Grant BF. Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *J Stud Alcohol*. 1997;58(5):464–473.
 130. Hasin DS, Grant BF. The national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (nesarc) waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(11):1609–1640.
 131. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540–560.
 132. Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I, et coll. Canadian guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in children and youth. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):635–647.
 133. Bedard-Gilligan M, Lehinger E, Cornell-Maier S, et coll. Effects of cannabis on PTSD recovery: review of the literature and clinical insights. *Curr Addict Rep*. 2022; 9(3):203–216.
 134. Bonn-Miller MO, Babson KA, Vandrey R. Using cannabis to help you sleep: heightened frequency of medical cannabis use among those with PTSD. *Drug Alcohol Depend*. 2014;136:162–165.
 135. O'Neil ME, Nugent SM, Morasco BJ, et coll. Benefits and harms of plant-based cannabis for posttraumatic stress disorder. *Ann Intern Med*. 2017;167(5):332–340.
 136. Orsolini L, Chiappini S, Volpe U, et coll. Use of medicinal cannabis and synthetic cannabinoids in post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Medicina (Mex)*. 2019;55(9):525.
 137. DiVito AJ, Leger RF. Psychedelics as an emerging novel intervention in the treatment of substance use disorder: a review. *Mol Biol Rep*. 2020;47(12):9791–9799.
 138. dos Santos RG, Bouso JC, Alcázar-Córcoles MÁ, et coll. Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018;11(9):889–902.
 139. Yaden DB, Berghella AP, Regier PS, et coll. Classic psychedelics in the treatment of substance use disorder: Potential synergies with twelve-step programs. *Int J Drug Policy*. 2021;98:103380.
 140. Bahji A, Forsyth A, Groll D, et coll. Efficacy of 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020;96:109735.
 141. National Advisory Commission on Addiction Treatment. Addiction medicine: closing the gap between science and practice. Rapport. New York (NY): Columbia University. The National Center on Addiction and Substance Abuse; 2012 Jun [cité le 11 janv 2022]. 586 p. <https://drugfree.org/reports/addiction-medicine-closing-the-gap-between-science-and-practice/#>.
 142. Harris KM, Edlund MJ. Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv*. 2005;56(8):954–959.
 143. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et coll. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(2):85–94.
 144. Urbanoski KA, Rush BR, Wild TC, et coll. Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders. *Psychiatr Serv*. 2007;58(7):962–969.
 145. Urbanoski KA, Cairney J, Bassani DG, et coll. Besoin non satisfait perçu en matière de soins de santé mentale pour les Canadiens souffrant de troubles mentaux et liés à la consommation concomitante de substances *Psychiatr Serv*. 2008;59(3):283–289.
 146. Grewal RS, George TP. Cannabis-induced psychosis: a review. *Psychiatr Times*. 2017;34(7). Available from: <https://www.psychiatrictimes.com/view/cannabis-induced-psychosis-review>.
 147. Wilson L, Szigeti A, Kearney A, et al. Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: a systematic review. *Schizophr Res*. 2018;197:78–86.