INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

ANNEXES

Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance

Mars 2016

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rédigé par
Sébastien O'Neill
Micheline Lapalme

Québec

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A-1 STRATÉGIE DE RECHERCHE D'INFORMATION SCIENTIFIQUE 1

ANNEXE A-2 SÉLECTION DES ÉTUDES 7

ANNEXE A-3 LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS ET RAISON(S) DE L'EXCLUSION (REVUE NARRATIVE) 8

ANNEXE A-4 LISTE DES DOCUMENTS INCLUS ET PLAN D'ÉTUDE (REVUE NARRATIVE) 10

ANNEXE A-5 LISTE DES REVUES DE LITTÉRATURE EXCLUES ET MOTIFS D'EXCLUSION 12

ANNEXE A-6 PROVENANCE ET MOTIFS D'EXCLUSION DES 56 ÉTUDES PRIMAIRES (≥ 2003) NON RETENUES 13

ANNEXE A-7 PROVENANCE DES 35 ÉTUDES PRIMAIRES RETENUES 18

ANNEXE B-1 GRILLE CASP POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES QUALITATIVES 20

ANNEXE B-2 GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES REVUES SYSTÉMATIQUES AMSTAR 22

ANNEXE B-3 GRILLE CASP POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES RANDOMISÉES-CONTRÔLÉES 24

ANNEXE B-4 GRILLE D'EXTRACTION POUR LES ÉTUDES ET DOCUMENTS DE LA REVUE NARRATIVE 26

ANNEXE B-5 GRILLE D'EXTRACTION POUR LES REVUES SYSTÉMATIQUES 27

ANNEXE C-1 DESCRIPTION ET CONCLUSIONS CLÉS ISSUES DES 13 REVUES SYSTÉMATIQUES 29

ANNEXE C-2 CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES 35 ÉTUDES PRIMAIRES RETENUES 34

ANNEXE C-3 RÉSULTATS OBTENUS DANS LES 35 ÉTUDES PRIMAIRES RETENUES 42

ANNEXE C4 TABLEAU SYNTHÈSE DES TRAITEMENTS INTÉGRÉS INVESTIGUÉS ET DES RÉSULTATS OBTENUS 54

ANNEXE C5 DESCRIPTION DES TRAITEMENTS INTÉGRÉS ET COMPARATEURS UTILISÉS DANS LES ÉTUDES 58

ANNEXE D1 DESCRIPTION ET CONCLUSIONS CLÉS ISSUES DES 2 REVUES SYSTÉMATIQUES 76

ANNEXE D2 CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES 7 ÉTUDES PRIMAIRES RETENUES 77

ANNEXE D3 RÉSULTATS OBTENUS DANS LES 7 ÉTUDES PRIMAIRES RETENUES 79

ANNEXE D4 TABLEAU SYNTHÈSE DES TRAITEMENTS INTÉGRÉS INVESTIGUÉS ET DES RÉSULTATS OBTENUS 82

ANNEXE D5 DESCRIPTION DES TRAITEMENTS INTÉGRÉS ET COMPARATEURS UTILISÉS DANS LES ÉTUDES 83

Annexe A-1

Stratégie de recherche d'information scientifique

Bases de données

MEDLINE (PubMed)
Date de la recherche : décembre 2013
Limites : 2003 - ; anglais et français
Mise à jour : 3 mars 2015

#1 mental disorders/therapy* OR mental disorders/rehabilitation* OR behavioral symptoms/therapy* OR behavioral symptoms/rehabilitation*

#2 substance-related disorders/therapy* OR substance-related disorders/rehabilitation*

#3 comorbidity[mh] OR "diagnosis, dual (psychiatry)"[mh]

#4 delivery of health care, integrated[mh] OR mental health services[mh] OR models, organizational[mh]

#5 review[pt] OR clinical trial[ptyp] OR comparative study[ptyp] OR controlled clinical trial[ptyp] OR evaluation studies[ptyp] OR consensus development conference[ptyp] OR meta-analysis[ptyp] OR practice guideline[ptyp] OR guideline[ptyp] OR randomized controlled trial[ptyp] OR review[ptyp] OR systematic[sb]

#6 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

#7 mental[ti] OR mood[ti] OR depress*[ti] OR psychot*[ti] OR psychosis[ti] OR psychiatr*[ti] OR anxiety[ti] OR agoraphobi*[ti] OR panic[ti] OR phobic[ti] OR phobia[ti] OR stress[ti] OR ptsd[ti] OR mutism[ti] OR obsessive compulsive[ti] OR personality[ti] OR schizophrenia[ti] OR bipolar[ti]

#8 ((drug[tiab] OR drugs[tiab] OR substance*[tiab] OR alcohol[tiab] OR marijuana[tiab] OR marihuana[tiab] OR hashish[tiab] OR cannabis[tiab] OR amphetamine[tiab] OR MDMA[tiab] OR heroin[tiab] OR narcotic[tiab] OR opiate[tiab] OR opioid[tiab] OR opium[tiab] OR phencyclidine[tiab] OR ecstasy[tiab] OR salvia[tiab] OR hallucinogen[tiab] OR methadone[tiab] OR cocaine[tiab] OR stimulant*[tiab] OR inhalant*[tiab] OR solvent*[tiab] OR caffeine[tiab] OR tobacco[tiab] OR nicotine[tiab]) AND (addict*[tiab] OR disorder*[tiab] OR abus*[tiab] OR use[tiab] OR using[tiab] OR misus*[tiab] OR utilis*[tiab] OR depend*[tiab] OR habit*[tiab] OR withdraw*[tiab] OR behavi*[tiab] OR abstinence*[tiab] OR abstain*[tiab] OR intoxica*[tiab] OR crav*[tiab])) OR AUD[tiab] OR SUD[tiab] OR gambl*[tiab]

#9 comorbid*[tiab] OR co-morbid*[tiab] OR co-occurr*[tiab] OR cooccurr*[tiab] OR concurrent[tiab] OR dual diagnosis[tiab] OR coexist*[tiab] OR coexist[tiab]

#10 integrati*[tiab] OR integrate*[tiab] OR concurrent[tiab] OR partnership[tiab] OR collaborat*[tiab] OR co-operat*[tiab] OR joint working[tiab] OR share*[tiab] OR sharing[tiab] OR simultaneous[tiab] OR new[tiab] OR promising[tiab] OR effective[tiab] OR team[tiab]

#11 care[tiab] OR treatment*[tiab] OR service*[tiab] OR intervention*[tiab]

#12 practice*[tiab] OR program*[tiab] OR model*[tiab] OR structur*[tiab] OR approach*[tiab] OR initiative*[tiab]

#13 ((synthesis[tiab] OR overview*[tiab] OR review*[tiab] OR survey*[tiab]) AND (systematic[tiab] OR critical[tiab] OR methodologic*[tiab] OR quantitative[tiab] OR qualitative[tiab] OR literature[tiab] OR evidence[tiab] OR evidence-based[tiab])) OR clinical trial[tw] OR clinical trials[tw] OR comparative study[tw] OR comparative studies[tw] OR evaluation study[tw] OR evaluation studies[tw] OR ((singl*[tw] OR doubl*[tw] OR trebl*[tw] OR tripl*[tw]) AND (mask*[tw] OR blind*[tw])) OR placebo[tw] OR random*[tw] OR control group*[tw] OR prospective*[tw] OR retrospective*[tw] OR meta-analy*[tw] OR metaanaly*[tw] OR metanaly*[tw] OR cohort[tw] OR case report*[tw] OR case study[tw] OR case studies[tw] OR consensus[tw] OR guideline*[tw] OR guidance[tw]

#14 #7 AND #8 AND #9 AND #10 AND #11 AND #12 AND #13

#15 #6 OR #14

Date de la recherche : décembre 2013
Limites : 2003 - ; anglais et français
Mise à jour : 3 mars 2015

#1 mental disorders/complications

#2 mental disorders[tiab] OR mental illness[tiab] OR behavior disorders[tiab] OR psychiatric diagnosis[tiab]

#3 complications[sh] OR associated condition*[tiab] OR associated disease*[tiab] OR coexistent condition*[tiab] OR coexistent disease*[tiab] OR concomitant condition*[tiab] OR concomitant disease*[tiab] OR sequelae[tiab] OR sequels[tiab]

#4 #1 OR (#2 AND #3)

#5 addiction[all] OR dependence[all]

#6 delivery of health care[mh] OR delivery of health care[tiab] OR community-based distribution[tiab] OR distributional activities[tiab] OR health care delivery[tiab] OR health care systems[tiab] OR healthcare delivery[tiab] OR healthcare systems[tiab] OR nonclinical distribution[tiab]

#7 #4 AND #5 AND #6

PsycINFO (OvidSP)
Date de la recherche : décembre 2013
Limites : 2003 - ; anglais et français
Mise à jour : 3 mars 2015

#1 exp *mental disorders/

#2 exp *drug abuse/

#3 exp comorbidity/

#4 exp rehabilitation/ OR exp treatment/

#5 exp health care delivery/ OR exp mental health services/

#6 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

#7 (mental OR mood OR depress* OR psychot* OR psychosis OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR stress OR ptsd OR mutism OR obsessive compulsive OR personality OR schizophrenia OR bipolar).ti

#8 ((drug OR drugs OR substance* OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR amphetamine OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opiate OR opioid OR opium OR phencyclidine OR ecstasy OR salvia OR hallucinogen OR methadone OR cocaine OR stimulant* OR inhalant* OR solvent* OR caffeine OR tobacco OR nicotine) ADJ3 (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR withdraw* OR behavi* OR abstinence* OR abstain* OR intoxica* OR crav*)).ti,ab OR (AUD OR SUD OR gambl*).ti,ab

#9 ((integrati* OR integrate* OR concurrent OR partnership OR collaborat* OR co-operat* OR joint working OR share* OR sharing OR simultaneous OR new OR promising OR effective) ADJ5 (care OR treatment* OR service* OR intervention* OR team)).ti,ab

#10 (comorbid* OR co-morbid* OR co-occurr* OR cooccurr* OR concurrent OR dual diagnosis OR coexist*).ti,ab

#11 (practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative*).ti,ab

#12 ((synthesis OR overview* OR review* OR survey*) ADJ3 (systematic OR critical OR methodologic* OR quantitative OR qualitative OR literature OR evidence OR evidence-based) OR clinical trial* OR comparative stud* OR evaluation stud* OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR metanaly* OR cohort OR case report* OR case stud* OR consensus OR guideline* OR guidance).tw

#13 #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12

#14 #6 OR #13

EBM Reviews (OvidSP)
Cochrane Central Register for Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database
Date de la recherche : décembre 2013
Limites : 2003 - ; anglais et français
Mise à jour : 3 mars 2015

#1 (mental OR mood OR depress* OR psychot* OR psychosis OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR stress OR ptsd OR mutism OR obsessive compulsive OR personality OR schizophrenia OR bipolar).ti

#2 ((drug OR drugs OR substance* OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR amphetamine OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opiate OR opioid OR opium OR phencyclidine OR ecstasy OR salvia OR hallucinogen OR methadone OR cocaine OR stimulant* OR inhalant* OR solvent* OR caffeine OR tobacco OR nicotine) ADJ3 (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR withdraw* OR behavi* OR abstinence* OR abstain* OR intoxica* OR crav*)).ti,ab OR (AUD OR SUD OR gambl*).ti,ab

#3 ((integrati* OR integrate* OR concurrent OR partnership OR collaborat* OR co-operat* OR joint working OR share* OR sharing OR simultaneous OR new OR promising OR effective) ADJ5 (care OR treatment* OR service* OR intervention* OR team)).ti,ab

#4 (comorbid* OR co-morbid* OR co-occurr* OR cooccurr* OR concurrent OR dual diagnosis OR coexist*).ti,ab

#5 (practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative*).ti,ab

#6 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

CINAHL (EBSCO)
Date de la recherche : décembre 2013
Limites : 2003 - ; anglais et français
Mise à jour : 3 mars 2015

#1 TI (mental OR mood OR depress* OR psychot* OR psychosis OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR stress OR ptsd OR mutism OR obsessive compulsive OR personality OR schizophrenia OR bipolar)

#2 TX ((drug OR drugs OR substance* OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR amphetamine OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opiate OR opioid OR opium OR phencyclidine OR ecstasy OR salvia OR hallucinogen OR methadone OR cocaine OR stimulant* OR inhalant* OR solvent* OR caffeine OR tobacco OR nicotine) N3 (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR withdraw* OR behavi* OR abstinence* OR abstain* OR intoxica* OR crav*))

#3 TX (AUD OR SUD OR gambl*)

#4 TX (comorbid* OR co-morbid* OR co-occurr* OR cooccurr* OR concurrent OR dual diagnosis OR coexist*)

#5 TX ((integrati* OR integrate* OR concurrent OR partnership OR collaborat* OR co-operat* OR joint working OR share* OR sharing OR simultaneous OR new OR promising OR effective) N5 (care OR treatment* OR service* OR intervention* OR team))

#6 TX (practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative*)

#7 TX ((synthesis OR overview* OR review* OR survey*) N3 (systematic OR critical OR methodologic* OR quantitative OR qualitative OR literature OR evidence OR evidence-based) OR clinical trial* OR comparative stud* OR evaluation stud* OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR metanaly* OR cohort OR case report* OR case stud* OR consensus OR guideline* OR guidance)

#8 #1 AND (#2 OR #3) AND #4 AND #5 AND #6 AND #7

Littérature grise

Évaluation des technologies en santé (ÉTS) et guides de pratique

International
Guidelines International Network (G-I-N) (www.g-i-n.net)
Health Technology Assessment International (HTAi) (www.htai.org)
International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (www.inahta.org)
Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe (www.euro.who.int/fr)

Canada
British Columbia Ministry of Health. BC Guidelines (www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines)
Health Quality Council of Alberta (HQCA) (www.hqca.ca)
Health Quality Council (HQC), Saskatchewan (www.hqc.sk.ca/)
Infobanque AMC : Guides de pratique clinique (www.cma.ca/Fr/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx)
Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), Ontario (www.ices.on.ca/)
Institute of Health Economics (IHE), Alberta (www.ihe.ca/)
Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) (www.umanitoba.ca/centres/mchp/)
Programs for Assessment of Technology in Health (PATH) (www.path-hta.ca/)
Qualité des services de santé Ontario (www.hqontario.ca/)
UBC Centre for Health Services and Policy Research, Colombie-Britannique (www.chspr.ubc.ca/)

États-Unis
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (www.ahrq.gov/)
National Guideline Clearinghouse (NGC) (guideline.gov/)

Australie et Nouvelle-Zélande
Australian Government Department of Health and Ageing. Australian and New Zealand Horizon Scanning Network (ANZHSN) (www.horizonscanning.gov.au/internet/horizon/publishing.nsf/Content/technologies-assessed-lp-2)
Australian Government Department of Health and Ageing. Medical Services Advisory Committee (MSAC), Australie (www.msac.gov.au/)
New Zealand Guidelines Group (NZGG) (www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group)
New Zealand Technology Health Assessment (NZTHA) (nzhta.chmeds.ac.nz/)

Royaume-Uni
NHS Healthcare Improvement Scotland (www.healthcareimprovementscotland.org/)
NHS National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (www.nice.org.uk)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (www.sign.ac.uk)

France
Haute Autorité de Santé (HAS) (www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil)

Belgique
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (kce.fgov.be/fr/)

Irlande
Health Information and Quality Authority (www.hiqa.ie/healthcare/health-technology-assessment/assessments)

Sociétés, organisations et associations
Center for Addiction and Mental Health (CAMH) (www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx)
Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) (www.ccsa.ca/Pages/default.aspx)
National Addiction Centre (www.otago.ac.nz/nationaladdictioncentre/)
National Treatment Agency for Substance Misuse (www.nta.nhs.uk/)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (www.samhsa.gov/)

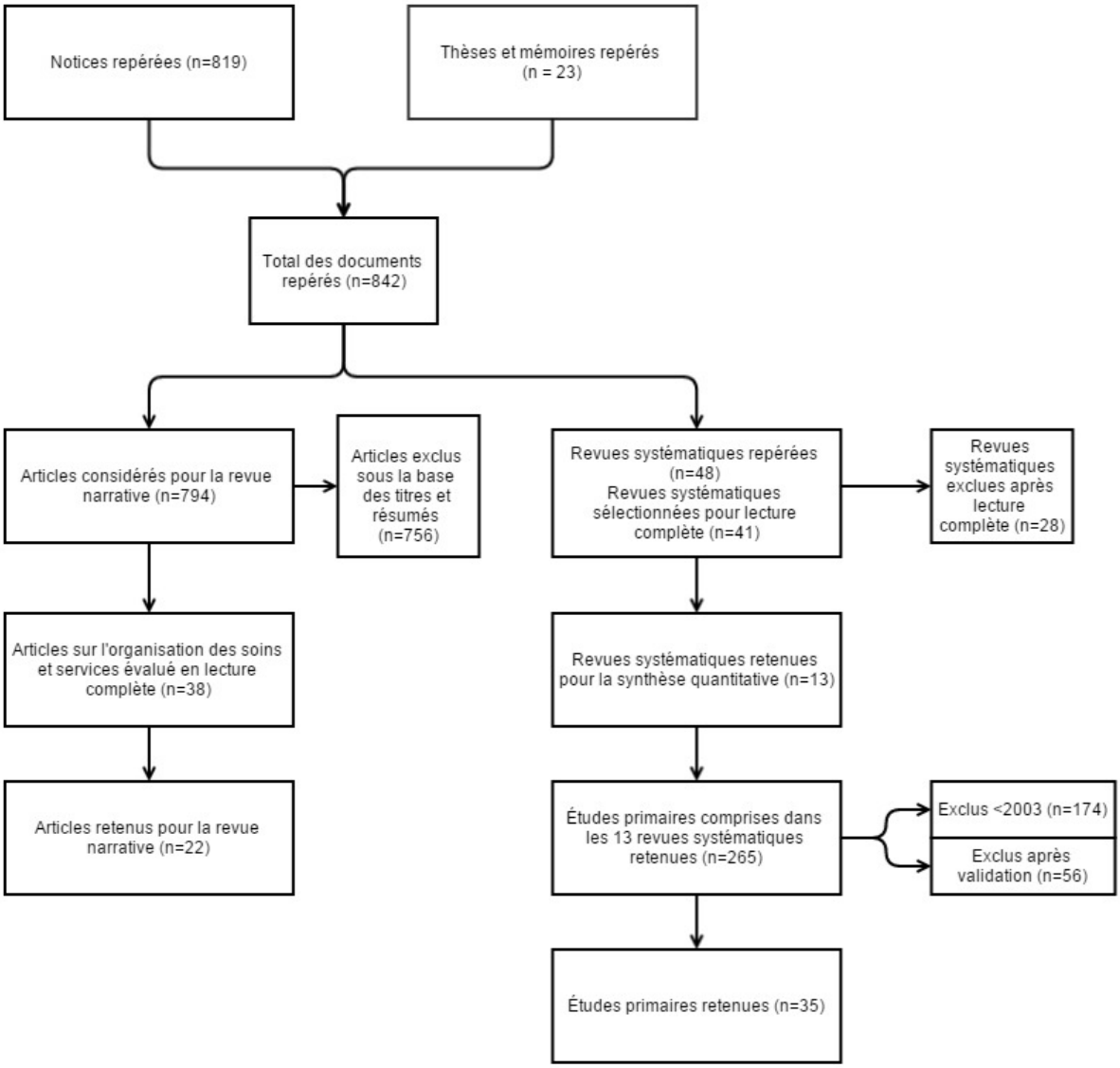
Thèses, mémoires et dépôts institutionnels
Thèses Canada (www.bac-lac.gc.ca/fra/services/theses/Pages/theses-canada.aspx)

Autres
Google (www.google.ca)

Google Scholar (scholar.google.ca/)
WorldCat (www.worldcat.org/)
OAIster (www.oclc.org/oaister.en.html)

Annexe A-2

Sélection des études



Annexe A-3

Liste des documents exclus et raison(s) de l'exclusion (revue narrative)

	DOCUMENTS ÉVALUÉS ET EXCLUS	RAISONS DE L'EXCLUSION
1	Barrowclough C, Haddock G, Fitzsimmons M, Johnson R. Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: A descriptive review. Journal of Mental Health 2006;15(6):619-32.	Pas en lien avec l'organisation et la dispensation des soins et services
2	Brousselle A, Lamothe L, Sylvain C, Foro A, Perreault M. Key enhancing factors for integrating services for patients with mental and substance use disorders. Mental Health and Substance Use 2010;3(3):203-18.	Quasi-doublon d'un autre article de Brousselle paru en 2010
3	Brunette MF et Mueser KT. Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. J Clin Psychiatry 2006;67(Suppl 7):10-7.	Article trop centré sur un programme en particulier (IDDT). Possibilités de généralisation réduites.
4	Carroll KM. Behavioral therapies for co-occurring substance use and mood disorders. Biol Psychiatry 2004;56(10):778-84.	Pas en lien avec l'organisation et la dispensation des soins et services
5	Craig TK, Johnson S, McCrone P, Afuwape S, Hughes E, Gournay K, et al. Integrated care for co-occurring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. Psychiatr Serv 2008;59(3):276-82.	En lien avec l'efficacité (question #3).
6	Dermatis H, Galanter M, Trujillo M, Rahman-Dujarric C, Ramaglia K, LaGressa D. Evaluation of a model for the treatment of combined mental illness and substance abuse: The Bellevue model for peer-led treatment in systems change. J Addict Dis 2006;25(3):69-78.	Évalue l'impact d'un programme du centre hospitalier Bellevue aux États-Unis sur l'engagement des patients avec double diagnostic dans les activités post-traitement.
7	Graham HL, Copello A, Birchwood M, Orford J, McGovern D, Mueser KT, et al. A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: Impact on teams and service users. Journal of Mental Health 2006;15(5):577-91.	Pas en lien avec l'organisation et la dispensation des soins et services
8	Hepner KA, Hunter SB, Paddock SM, Zhou AJ, Watkins KE. Training addiction counselors to implement CBT for depression. Adm Policy Ment Health 2011;38(4):313-23.	Pas en lien avec l'organisation et la dispensation des soins et services
9	Kavanagh DJ et Connolly JM. Interventions for co-occurring addictive and other mental disorders (AMDs). Addict Behav 2009;34(10):838-45.	Revue de littérature qui présente les généralités sur les interventions pour troubles concomitants.
10	Lavergne M. A review of the literature on co-occuring severe mental illness and substance misuse: Epidemiology, terminology, etiology, treatment and recovery [thèse]. Montréal, Qc : School of Social Work, Faculty of Graduate Studies and Research, McGill University; 2002.	Revue de la littérature ne fournissant aucune information sur l'implantation de programmes de même que sur les barrières ou facilitants.
11	Mangrum LF et Spence RT. Counselor and client characteristics in mental health versus substance abuse treatment settings providing services for co-occurring disorders. Community Ment Health J 2008;44(3):155-69.	Pas en lien avec l'organisation et la dispensation des soins et services
12	Ouimette P, Jemelka R, Hall J, Brimner K, Krupski A, Stark K. Services to patients with dual diagnoses: Findings from Washington's mental health service system. Subst Use Misuse 2007;42(1):113-27.	Description des services offerts en milieu psychiatrique.
13	Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. Alcohol Res Health 2011;33(4):338-49.	Description trop générale de « l'état des soins intégrés » aux EU pour l'alcool, la santé physique et la santé mentale.
14	Swinden D et Barrett M. Developing a dual diagnosis role within mental health. Nursing Times 2008;104(19):26-7.	Porte sur le double diagnostic des troubles mentaux et troubles d'apprentissage.

	DOCUMENTS ÉVALUÉS ET EXCLUS	RAISONS DE L'EXCLUSION
15	Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? Subst Use Misuse 2012;47(8-9):1005-14.	En lien avec l'efficacité (question #3).
16	Ziedonis DM. Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: Clinical intervention, program, and system perspectives. CNS Spectr 2004;9(12):892-904, 925.	Description très générale de la problématique et peu utile pour le sujet de l'étude. La dépendance principale concerne le tabagisme. Description des traitements pharmacologiques.

Annexe A-4

Liste des documents inclus et plan d'étude (revue narrative)

	DOCUMENTS INCLUS	PLAN DE L'ÉTUDE
LITTÉRATURE PROVENANT DES BASES DE DONNÉES		
1	Adams MW. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: A review of workers' reported attitudes and perceptions. J Psychiatr Ment Health Nurs 2008;15(2):101-8.	Étude qualitative
2	Biegel DE, Kola LA, Ronis RJ, Boyle PE, Delos Reyes CM, Wieder B, Kubek P. The Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence: Implementation support for evidence-based practice. Research on Social Work Practice 2003;13(4):531-45.	Étude d'observation
3	Brousselle A, Lamothe L, Sylvain C, Foro A, Perreault M. Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? Health Care Manage Rev 2010;35(3):212-23.	Étude d'observation
4	Burnam MA et Watkins KE. Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care. Health Aff (Millwood) 2006;25(3):648-58.	Étude d'observation
5	Cristofalo M, Boutain D, Schraufnagel TJ, Bumgardner K, Zatzick D, Roy-Byrne PP. Unmet need for mental health and addictions care in urban community health clinics: Frontline provider accounts. Psychiatr Serv 2009;60(4):505-11.	Étude qualitative
6	Dausey DJ, Pincus HA, Herrell JM, Rickards L. State mental health policy: States' early experience in improving systems-level care for persons with co-occurring disorders. Psychiatr Serv 2007;58(7):903-5.	Étude d'observation
7	Ducharme LJ, Knudsen HK, Roman PM. Availability of integrated care for co-occurring substance abuse and psychiatric conditions. Community Ment Health J 2006;42(4):363-75.	Étude d'observation
8	Evans B. An integrated program for homeless adults with co-occurring mental and subtance use disorders: A grant proposal. Long Beach, CA : California State University; 2013.	Mémoire de maîtrise
9	Gotham HJ, Claus RE, Selig K, Homer AL. Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. J Subst Abuse Treat 2010;38(2):160-9.	Étude d'observation
10	Hayes RA, Andrews N, Baron-Jeffrey M, Conley C, Gridley K, Norman R, Wright G. Service enhancement to a dual-diagnosis population: Mental illness/substance abuse (MISA). Qual Manag Health Care 2003;12(3):133-50.	Étude d'observation
11	Kennedy-MacDonald T. Adoption of a clinical innovation "Best Practices for Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders" in Ontario, a one-year follow up. Toronto, ON : University of Toronto; 2008.	Mémoire de maîtrise
12	Laker C. How successful is the dual diagnosis good practice guide? Br J Nurs 2006;15(14):787-90.	Étude d'observation

	DOCUMENTS INCLUS	PLAN DE L'ÉTUDE
13	Lawrence-Jones J. Dual diagnosis (drug/alcohol and mental health): Service user experiences. Practice 2010;22(2):115-31.	Étude qualitative
14	Lee SJ, Crowther E, Keating C, Kulkarni J. What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? Aust N Z J Psychiatry 2013;47(4):333-46.	Étude d'observation
15	McGovern MP, Clark RE, Samnaliev M. Co-occurring psychiatric and substance use disorders: A multistate feasibility study of the quadrant model. Psychiatr Serv 2007;58(7):949-54.	Étude de faisabilité
16	Mericle AA, Alvidrez J, Havassy BE. Mental health provider perspectives on co-occurring substance use among severely mentally ill clients. J Psychoactive Drugs 2007;39(2):173-81.	Étude qualitative
17	Merkes M, Lewis V, Canaway R. Supporting good practice in the provision of services to people with comorbid mental health and alcohol and other drug problems in Australia: Describing key elements of good service models. BMC Health Serv Res 2010;10:325.	Étude d'observation
18	Minkoff K et Cline CA. Changing the world: The design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. Psychiatr Clin North Am 2004;27(4):727-43.	Étude d'observation
19	Moser LL, Deluca NL, Bond GR, Rollins AL. Implementing evidence-based psychosocial practices: Lessons learned from statewide implementation of two practices. CNS Spectr 2004;9(12):926-36, 942.	Étude d'observation
20	Novotna G. Institutional analysis of integrated treatment for co-occurring mental health, substance use and gambling problems in Ontario: A case study. Waterloo, ON : Wilfrid Laurier University; 2009.	Étude de cas
21	Osilla KC, Hepner KA, Munoz RF, Woo S, Watkins K. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. J Subst Abuse Treat 2009;37(4):412-20.	Étude d'observation
21	Steele A, J. Dual diagnosis: An integrated training program for the treatment of co-occurring mental health and chemical dependency disorders at community mental health centers. Louisville, KY : Spalding University; 2003.	Thèse de doctorat
22	Sylvain C. La mise en oeuvre de services cliniques intégrés sous l'angle du sensemaking organisationnel : le cas des services intégrés en santé mentale et en dépendance. Montréal, Qc : Université de Montréal; 2012.	Thèse de doctorat

Annexe A-5

Liste des revues de littérature exclues et motifs d'exclusion

	AUTEURS, ANNÉE	RAISONS DE L'EXCLUSION
1	Albanese et Pies, 2004	N'est pas une revue systématique
2	Back, Waldrop, Brady, Hien, 2006	N'est pas une revue systématique Traitements pharmacologiques seulement
3	Beaulieu, Saury, Sareen, Tremblay, Schutz, McIntyre, Schaffer, 2012	N'est pas une revue systématique Recommandations cliniques sur le traitement pharmacologique des patients bipolaires ayant des troubles de substances comorbides
4	Blank et Eisenberg, 2013	N'est pas une RS. Troubles concomitants de santé mentale et V.I.H.
5	Bonner, Barrit, Fried, Evon, 2012	Patients avec hépatite C ayant un trouble lié aux substances ou un trouble de santé mentale. Efficacité traitement antiviral
6	Brunette, Mueser, Drake, 2004	Toutes les études sont antérieures à 2003 sauf une réalisée auprès prisonniers
7	Butler, Kane, McAlpine, Fu, Hagedorn, Wilt, 2008	Pas une population ayant des troubles concomitants
8	Drake, Mueser, Brunette, McHugo, 2004	N'est pas une RS, toutes les études sont antérieures à 2003
9	Donald, Dower, Kavanagh, 2005	Toutes les études sont antérieures à 2003
10	Edward et Munro, 2009	N'est pas une revue systématique
11	El-Guebaly, 2004	N'est pas une revue systématique
12	Evans, 2013	N'est pas une revue systématique
13	Horsfall, Cleary, Hunt, Walter, 2009	N'est pas une revue systématique
14	Kaner, Brown, Jackson, 2011	Population ayant des troubles de santé mentale et condition médicale
15	Kienast et Foerster, 2008	N'est pas une revue systématique
16	Lee, Crowther, Keating, Kulkani, 2013	N'est pas une revue systématique
17	Luna, 2010	N'est pas une revue systématique
18	Magura, 2008	N'est pas une revue systématique
19	McCallum, Mikocka-Walus, Turnbull, Gaughwin, Andrews, 2013	Incapable de trouver cette publication
20	Merkes, Lewis, Canaway, 2010	N'est pas une revue systématique
21	Mitchell, Malone, Doebbeling, 2009	Porte sur la qualité des soins médicaux
22	Munro et Edward, 2008	N'est pas une revue systématique
23	Reedy et Hall, 2008	N'est pas une revue systématique
24	Sacks et Sacks, 2010	N'est pas une revue systématique
25	Torrens et al., 2012	N'est pas une revue systématique
26	Van Dam, Vedel, Ehring, Emmelkamp, 2012	Revue d'études à cas unique seulement (n =1)
27	Willenbring, 2005	N'est pas une RS. Population avec HIC/HCV/SIDA et troubles concomitants
28	Ziedonis, 2004	N'est pas une revue systématique

Annexe A-6

Provenance et motifs d'exclusion des 56 études primaires (≥ 2003) non retenues

Études primaires Auteurs	Cleary 2009	Chow 2013	De Witte 2013	Dolan 2012	Drake 2008	Hunt 2013	O'Campo 2009	Schulte 2011	Torchalla 2012	Tiet et Mausbach 2007	Hesse 2009	Fries et Rosen 2011	Pennay 2011	Motifs d'exclusion
Afuwape et al., 2006								√						Pas un TI, co-chercheur Craig et al., 2008
Back et al., 2005				√										Pas un TI
Ball et al., 2005													√	Étude pilote, trop attrition pour faire analyses.
Broner et al., 2004	√													Pas un TI : programme diversion justice pour policiers
Brown et al., 2003/ 05										√				Pharmacothérapie seulement, pas de comparateur
Brown et al., 2006								√						Même étude que Glasner-Edwards et al., 2007
Burns et al., 2005								√						Comparaison sujets avec versus sans TC
Carpenter et al., 2004										√				Pharmacothérapie seulement
Calsyn et al., 2005					√		√							Même étude que Morse 2006, n inférieur

Études primaires Auteurs	Cleary 2009	Chow 2013	De Witte 2013	Dolan 2012	Drake 2008	Hunt 2013	O'Campo 2009	Schulte 2011	Torchalla 2012	Tiet et Mausbach 2007	Hesse 2009	Fries et Rosen 2011	Pennay 2011	Motifs d'exclusion
Chandler et al., 2006					**√**									Milieu carcéral
Clark et al., 2008								**√**						Même étude que Morrissey 2005
Cleary et al., 2008	**√**													RS Cochrane 2008 mise à jour par Hunt et al., en 2013
Cosden et al., 2003/05	**√**													Milieu carcéral
Coffey et al., 2007				**√**										Pas un TI
Cook et al., 2006				**√**										Pas de comparateur, n = 18
Drake, 2004		√												Résultats groupe TI et comparateur fusionnés
Drebing et al., 2005	√				√									Pas un TI : contingences seulement
Fletcher et al., 2008												√		Sous-analyse de l'étude de Morse 2008
Greenwood et al., 2005							√							% avec TC inconnu
Graeber et al., 2003	√		√		√	√								Pas un TI : 3 séances EM versus soins usuels
Gual et al., 2003										√				Pas un TI : Pharmacothérapie seulement

Haddock et al., 2003			√		√									Même étude que Barrowclough 2010, suivi de 18 mois
Helmus et al., 2003					√									Pas un TI : contingences seulement
Hien et al., 2009									√	√				Pas de résultats
Labbate et al., 2004										√				Pas un TI : SM seulement
Longoria et al., 2004										√				Pharmacothérapie seulement et pas de comparateur
Magura et al., 2008								√						Revue narrative sur le TI Double Trouble to Recovery
Mahoney, 2006						√								Milieu carcéral
Mares et al., 2004							√							Pas de comparateur
Markowitz et al., 2008											√			Pas un TI : compare 2 thérapies
McCoy, 2003		√												Pas de comparateur
McDonell et al., 2013						√			√					Pas un TI : programme de contingences
McFall et al., 2005/06									√					TI pour tabagisme
McHugo et al., 2004							√							Sans abri, % avec TC inconnu
McGovern, 2009				√					√					Pas de comparateur, n = 11
McRae et al., 2004										√				Pas un TI : Pharmacothérapie seule

Miles et al., 2003								√						Ne porte pas sur un traitement
Moak et al., 2003										√				Pas un TI pour TC
Morse et al., 2008								√						Même cohorte que Morse 2006
Naeem et al., 2005	√					√								Comparaison patients avec et sans TC
Nagel et al., 2009						√								Aborigènes, % avec TC inconnu
Najavits et al., 2005				√					√					Pas de comparateur, n = 5
Najavatis, 2006														Population adolescente seulement
Norman et al., 2010				√										Pas de comparateur, n = 9
Prince, 2005								√						Pas un TI, comparaison avec versus sans TC

Études primaires Auteurs	Cleary 2009	Chow 2013	De Witte 2013	Dolan 2012	Drake 2008	Hunt 2013	O'Campo 2009	Schulte 2011	Torchalla 2012	Tiet et Mausbach 2007	Hesse 2009	Fries et Rosen 2011	Pennay 2011	Motifs d'exclusion
Shafer et al., 2004	√													Milieu carcéral
Shaner et al., 2003								√		√				Pas un TI et pas de comparateur
Steadman et Naples, 2005	√													Milieu carcéral
Sullivan et al., 2007	√				√									Milieu carcéral
Timbko et al., 2004, 2006	√				√									Pas un TI : résidentiel haute intensité versus basse intensité
Tracy et al., 2007	√					√								Pas un TI : Programme de contingence seulement
Tsemberis et al., 2003/04							√							Même étude que Greenwood et al., 2005
Weller, 2005									√					Pas de comparateur et n = 4
Wise, 2010								√						Pas de comparateur
Zlotnick et al., 2003				√					√					Milieu carcéral et pas comparateur

EM : Entretien motivationnel, **TC** : troubles concomitants, **TI** : traitement intégré, **RS** : revue systématique.

Annexe A-7

Provenance des 35 études primaires retenues

#	Auteurs 35 études primaires	Cleary 2009	Chow 2013	De Witte 2013	Dolan 2012	Drake 2008	Hunt 2013[1]	O'Campo 2009	Schulte 2011	Torchalla 2012	Tiet et Mausbach 2007	Hesse 2009	Fries et Rosen 2011	Pennay 2011
1	Aubry et al., 2003	√				√								
2	Baker et al., 2006	√				√	√							
3	Ball, 2007													√
4	Barrowclough et al., 2010			√			√							
5	Bellack et al., 2006	√	√	√		√	√							
6	Bonsack et al., 2011						√							
7	Brooks et Penn, 2003	√				√					√			
8	Craig et al., 2008								√					
9	Daughters et al., 2008											√		
10	Edwards et al., 2006	√				√	√							
11	Essock et al., 2006	√	√	√		√	√	√					√	
12	Frisman et al., 2008									√				
13	Glasner-Edwards et al., 2007	√												
14	Gregory et al., 2008													√
15	Hernandez-Avila et al., 2004										√			
16	Hien et al., 2004									√	√			
17	Hjorthoj et al., 2013						√							

[1] Revue systématique Cochrane.

#	Auteurs 35 études primaires	Cleary 2009	Chow 2013	De Witte 2013	Dolan 2012	Drake 2008	Hunt 2013[1]	O'Campo 2009	Schulte 2011	Torchalla 2012	Tiet et Mausbach 2007	Hesse 2009	Fries et Rosen 2011	Pennay 2011
18	James et al., 2004	√		√		√								
19	Kavanagh et al., 2004	√				√	√							
20	Kemp et al., 2007	√					√							
21	Madigan et al., 2013						√							
22	Mangrum et al., 2006	√				√								
23	Martino et al., 2006	√		√										
24	Morrissey et al., 2005									√				
25	Morse et al., 2006	√	√	√		√	√	√	√					
26	Mueser et al., 2013			√										
27	Oslin, 2005										√			
28	Petersen et al., 2007													
29	Petrakis et al., 2004										√			
30	Ries et al., 2004	√		√		√								
31	Sacks et al., 2008									√				
32	Salloum et al., 2005										√			
33	Santa Ana et al., 2007	√												
34	Schadé et al., 2005											√		
35	Weiss et al., 2007	√	√			√								

Annexe B-1

Grille CASP pour l'évaluation de la qualité des études qualitatives

Les résultats de l'étude sont-ils valides?	
1. Les objectifs de l'étude ont-ils été clairement énoncés?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Quel était l'objectif de l'étude? • Pourquoi cet objectif a-t-il été jugé important? • Quelle en était la pertinence?
2. La méthodologie qualitative est-elle indiquée?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • L'étude vise-t-elle à interpréter ou à éclairer les actes et (ou) les expériences subjectives des participants? • La méthodologie qualitative est-elle la bonne démarche pour parvenir à l'objectif visé?
Cela vaut-il la peine de continuer?	
3. La méthodologie était-elle bien adaptée à l'objectif de l'étude?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Le chercheur explique-t-il le choix de la méthodologie (p. ex. explique-t-il comment il en est venu à choisir cette démarche de recherche)?
4. La stratégie de recrutement était-elle bien adaptée à l'objectif de l'étude?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Le chercheur explique-t-il comment les participants ont été choisis? • Explique-t-il pourquoi les participants choisis étaient les sujets les plus susceptibles de lui donner accès aux connaissances qu'il souhaitait acquérir grâce à l'étude? • Fournit-il des précisions sur le recrutement (p. ex. pourquoi certaines personnes ont décidé de ne pas participer à l'étude?)
5. Le mode de collecte des données était-il bien adapté à la question à l'étude?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Le milieu dans lequel les données ont été recueillies était-il bien adapté à l'objectif de l'étude? • Décrit-on clairement le mode de collecte des données (groupe de discussion, entrevue semi-structurée, etc.) • Le chercheur a-t-il justifié le choix de ses méthodes? • Le chercheur a-t-il exposé explicitement sa méthodologie (p. ex. décrit-il le déroulement des entrevues? A-t-il eu recours à un guide thématique)? • Les méthodes ont-elles été modifiées en cours d'étude? Dans l'affirmative, le chercheur précise-t-il comment et pourquoi? • Le chercheur indique-t-il sous quelle forme se présentent les données (enregistrement, vidéo, notes, etc.)? • Est-il question de saturation des données?
6. A-t-on accordé au lien entre le chercheur et les participants l'importance qu'il fallait?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Le chercheur a-t-il examiné d'un œil critique son propre rôle, les biais possibles et son influence : o lors de la formulation des questions de l'étude? o b) lors de la collecte des données, y compris le recrutement des participants et le choix du lieu? • Comment le chercheur a-t-il réagi aux événements survenus pendant l'étude? A-t-il pris en considération les répercussions d'éventuels changements dans le plan de l'étude?

7. Le chercheur a-t-il pris en considération les enjeux éthiques?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Le chercheur fournit-il assez de précisions sur la façon dont l'étude a été décrite aux participants pour que le lecteur puisse juger du respect des normes d'éthique? • Le chercheur a-t-il discuté des enjeux que soulève l'étude (p. ex. questions relatives au consentement éclairé ou à la confidentialité, réaction aux effets de l'étude sur les participants pendant et après cette dernière)? • Le chercheur a-t-il soumis l'étude à un comité d'éthique?
8. Le processus d'analyse des données était-il suffisamment rigoureux?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Le chercheur fait-il une description détaillée du processus d'analyse? • S'il a procédé à une analyse thématique, explique-t-il clairement comment il a établi les catégories et les thèmes à partir des données? • Le chercheur explique-t-il comment il a choisi les données présentées à partir de l'échantillon initial pour faire la démonstration de son processus d'analyse? • Le chercheur présente-t-il une quantité de données suffisante pour étayer ses conclusions? Dans quelle mesure le chercheur tient-il compte des données contradictoires? • Le chercheur a-t-il examiné d'un œil critique son propre rôle, les biais possibles et son influence au cours de l'analyse et du choix des données présentées?
9. Les résultats de l'étude sont-ils énoncés clairement?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Les résultats sont-ils explicites? • Le chercheur a-t-il exposé comme il se doit tant les données à l'appui que les données à l'encontre de ses arguments? • Le chercheur a-t-il abordé la crédibilité de ses constatations (p. ex. validation par vérification croisée [*triangulation*], validation par le répondant, plus d'un analyste)? • Le chercheur établit-il un lien entre les résultats et la question ayant motivé la réalisation de l'étude?
10. Quelle est la valeur de l'étude?	**Oui /Ne sais pas/Non** INDICE : Points à considérer • Le chercheur explique-t-il en quoi l'étude enrichit les connaissances ou la compréhension d'un fait? P. ex. expose-t-il les résultats à la lumière de la pratique ou des politiques actuelles? Ou des comptes rendus de recherche pertinents? • Cerne-t-il de nouveaux domaines dans lesquels des travaux de recherche s'imposent? • Le chercheur précise-t-il si les résultats peuvent s'appliquer à d'autres populations? Dans l'affirmative, comment? A-t-il envisagé d'autres utilisations possibles de son étude?

Annexe B-2

Grille d'évaluation de la qualité des revues systématiques AMSTAR

Le concept de l'étude est-il fourni *a priori*? • La question d'évaluation et les critères d'inclusion doivent être établis avant de mener la revue systématique.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites en double? • Il doit y avoir au moins deux évaluateurs indépendants. Une procédure qui vise un consensus en cas de divergence entre les évaluateurs doit exister.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
Une recherche approfondie de la littérature a-t-elle été faite? • Au moins deux sources électroniques doivent être mises à profit. Les années et les bases de données (e.g., Embase et MEDLINE) doivent être mentionnées. Les mots clés et (ou) termes MESH doivent être précisés, ainsi que la stratégie de recherche (lorsque possible). Toutes les recherches doivent être complétées par la consultation de livres de référence, de registres spécialisés ou d'experts dans le domaine étudié, notamment, et par la révision des références citées par les études trouvées.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
Le type de publication (c.-à-d., la littérature grise) a-t-il été utilisé comme critère d'inclusion? • Les auteurs doivent mentionner s'ils ont cherché des rapports, peu importe leur type. Ils doivent mentionner s'ils ont exclu ou non tout rapport sur la base du type de publication, de la langue, etc.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
Une liste des études retenues et des études exclues est-elle fournie?	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
Les caractéristiques des études retenues sont-elles fournies? • Sous une forme abrégée, les données des études retenues doivent être fournies sur les participants (e.g., âge, genre et maladies), les interventions et les paramètres évalués.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
La qualité scientifique des études retenues a-t-elle été évaluée et documentée? • Une méthode d'évaluation doit être fournie a priori.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
La qualité scientifique des études retenues a-t-elle été adéquatement utilisée pour formuler les conclusions? • La rigueur méthodologique et la qualité scientifique doivent être prises en considération dans l'analyse et les conclusions et doivent être explicitement énoncées lors de la formulation des recommandations.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études étaient-elles appropriées? • Un test doit être fait pour évaluer l'homogénéité des résultats combinés ($X^{2,}$ I^2).	Oui Non Ne peut répondre Non applicable

La possibilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée? • L'évaluation d'un biais de publication doit inclure une combinaison d'aides graphiques (e.g., diagramme en entonnoir) et (ou) de tests statistiques.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
La possibilité d'un conflit d'intérêts a-t-elle été évaluée? • La revue systématique et les études qui y sont analysées doivent faire l'objet d'une vérification à cet effet.	Oui Non Ne peut répondre Non applicable
Appréciation de la qualité : Faible, Bonne, Excellente	

Annexe B-3

Grille CASP pour l'évaluation de la qualité des études randomisées-contrôlées

Les résultats de l'essai sont-ils valides?	
1. L'essai repose-t-il sur une question bien définie?	Oui /Ne sais pas/Non INDICE : Une question peut être axée sur : • la population étudiée; • l'intervention réalisée; • l'intervention de comparaison; • les résultats considérés
2. L'affectation des patients aux traitements s'est-elle faite de manière aléatoire (randomisation)?	Oui /Ne sais pas/Non Points à considérer : • Comment la répartition a-t-elle été effectuée? • La séquence d'affectation a-t-elle été faite à l'insu des chercheurs et des patients?
3. Les patients admis à l'essai ont-ils tous été pris en compte à la fin de l'essai?	Oui /Ne sais pas/Non Points à considérer • A-t-on mis fin à l'essai prématurément? • Les patients ont-ils été analysés dans le groupe auquel ils avaient été affectés par randomisation?
Cela vaut-il la peine de continuer?	
4. L'essai a-t-il été mené en aveugle auprès des patients, des travailleurs de la santé et du personnel qui y était affecté?	Oui /Ne sais pas/Non INDICE : Posez-vous cette question pour : • les patients; • les travailleurs de la santé; • le personnel affecté à l'essai.
5. Au début de l'essai, les groupes étaient-ils similaires?	Oui /Ne sais pas/Non INDICE : Recherchez d'autres facteurs susceptibles d'influer sur le résultat, p. ex. l'âge, le sexe ou la classe sociale.
6. Mis à part l'intervention à l'étude, les groupes sont-ils été traités de la même façon?	Oui /Ne sais pas/Non
Quels sont les résultats?	
7. Quelle était l'ampleur de l'effet du traitement?	Oui /Ne sais pas/Non INDICE : Points à considérer • Quels paramètres ont été mesurés? • Le paramètre principal est-il clairement précisé? • Quels ont été les résultats pour chacun des paramètres ?
8. Dans quelle mesure l'évaluation de l'effet du traitement était-elle précise?	Oui /Ne sais pas/Non

Les résultats seront-ils utiles localement?	
9. Les résultats peuvent-ils s'appliquer dans votre milieu? (ou à la population locale?)	Oui /Ne sais pas/Non INDICE : Points à considérer : Selon vous, les sujets de l'essai ressemblent-ils assez aux patients chez lesquels vous réaliserez l'intervention? Dans la négative, en quoi sont-ils différents?
10. Les auteurs ont-ils pris en considération tous les paramètres cliniques importants?	Oui /Ne sais pas/Non INDICE : Points à considérer • Y a-t-il d'autres données que vous auriez aimé que les auteurs vous transmettent? • Dans l'affirmative, l'absence de ces données influera-t-elle sur votre décision?
11. Les inconvénients et les coûts sont-ils justifiés compte tenu des avantages?	Oui /Ne sais pas/Non Points à considérer : Même si ce n'était pas là l'objectif de l'essai, quelle est votre opinion sur la question?

Annexe B-4

Grille d'extraction pour les études et documents de la revue narrative[2]

1. Nom du professionnel et date	
2. Identification et caractéristique du document	
2.1 Titre complet du document	
2.2 Auteur(s)	
2.3 Affiliation de l'auteur principal	
2.4 Type de document	
2.5 Pays d'origine	
2.6 Source de financement (si disponible)	
3. Caractéristiques du traitement/programme/service et contexte organisationnel	
3.1 Objectif(s) du document	
3.2 Modalités d'accès au traitement/programme/service	
3.3 Type de traitement/programme/service (format, durée, composantes)	
3.4 Niveau d'implantation (local, régional, national, multiniveau?)	
3.5 Type d'établissement ou milieu (CH santé mentale, centre désintox, service spécialisé toxico)	
3.6 Composition et compétences des intervenants	
4. Clientèle visée et critères de sélection	
4.1 Âge et genre	
4.2 Ethnicité (si disponible)	
4.3 SSE	
4.4 Type de troubles mentaux (si précisé dans le document)	
4.5 Type de dépendances	
4.6 Autres caractéristiques pertinentes de la clientèle	
5. Barrières organisationnelles, facteurs facilitants, outcomes et autres informations pertinentes	
5.1 Barrières organisationnelles et freins à l'implantation et autres désavantages associés au traitement/programme/service (répertorier et consigner)	
5.2 Facteurs facilitants et autres caractéristiques propices à l'implantation ou autres avantages associés au traitement/programme/service (répertorier et consigner)	
5.3 Résultats en lien avec l'efficacité du traitement/programme/service (à consigner si présents) : • La qualité de vie • Le niveau de fonctionnement • Satisfaction des usagers • Le réseau de soutien et autres déterminants de la santé • L'abandon du traitement • Utilisation des services pendant le suivi • Effets indésirables/conséquences négatives • Coût-efficacité ou autres mesures économiques	
5.4 Autres notes et commentaires sur dimensions et enjeux en lien avec le traitement/programme/service	
6. Limites ou applicabilité du traitement/programme/service et/ou du contexte organisationnel pour le Québec	
7. Données populationnelles pertinentes	
8. Autre(s) information(s) pertinente(s) comprise(s) dans le document	

[2] Grille élaborée par Sébastien O'Neill, INESSS, mai 2014.

Annexe B-5

Grille d'extraction pour les revues systématiques[3]

Bleu = niveau 1 → Informations générales sur la revue
Rouge = niveau 2 → Description des études primaires incluses dans la revue
Vert = niveau 3 → Extraction des résultats d'intérêt rapportés dans la revue

INFORMATIONS GENERALES SUR LA REVUE	
Évaluateur /date :	
Auteur(s)/année de la revue :	
Affiliation de l'auteur de la revue :	
Objectif de la revue :	
Conclusions clés tirées par les auteurs de la revue :	
Définition des traitements étudiés par les auteurs (important de relever, dans la définition, s'il s'agit d'un traitement individuel, de groupe, communautaire ou autre) :	
Critères d'inclusion et d'exclusion utilisés par les auteurs de la revue pour sélectionner leurs études, ex. : 1. **Période de temps couverte** 2. **Langue de publication** 3. **Types d'études et de devis inclus** 4. **Éléments du PICOS**	
Notes diverses (si des informations pertinentes pour les questions 2 et 3 sont comprises dans la revue systématique, il faut les consigner ici)	
CARACTERISTIQUES METHODOLOGIQUES DES ETUDES PRIMAIRES INCLUSES DANS LA REVUE (IMPORTANT AFIN D'ETRE CAPABLE DE PORTER UN JUGEMENT SUR LES CHOIX FAITS PAR LES AUTEURS DE LA REVUE)	
Nombre total d'études et de participants inclus dans la revue :	
Populations (caractéristiques) : 1. Type de troubles 2. Âge, genre, SSE 3. Autres infos	
Description générale (inclure aussi toute information pertinente qui ne serait pas listée ici, par ex. présence ou non de groupe de contrôle, residential vs outpatient, etc.) : 1. Durée des traitements (décrire un RANGE) 2. Suivi post-traitement (décrire un RANGE) 3. Type d'études primaires (RCT, non-exp, etc.) 4. Autres infos	

[3] Grille élaborée par Sébastien O'Neill et Brigitte Côté, INESSS, avril 2014.

ANALYSES FAITES ET CONCLUSIONS (A MODULER A PARTIR DE LA REVUE ETUDIEE)	
Résultats Santé mentale	
Résultats Dépendance	
Autres résultats (à consigner si présents) : • La qualité de vie • Le niveau de fonctionnement • Le réseau de soutien et autres déterminants de la santé • L'abandon du traitement • Utilisation des services pendant le suivi • Effets indésirables /conséquences négatives	
Faire la liste des études primaires par catégorie pertinente	
Nos observations ou commentaires personnels	

Annexe C-1

Description et conclusions clés issues des 13 revues systématiques

Auteurs Année	Type de revue et cote AMSTAR	Objectif de la RS	Définition du traitement intégré (TI) selon les auteurs de la revue (niveau d'intégration)	Critères de sélection (PICOTS) des études	Nombre études patients
Chow et al. **2013**	Méta analyse 7/11	Déterminer si le TI est plus efficace que les soins usuels pour réduire l'usage d'alcool et drogues et les symptômes psychiatriques.	Le traitement est intégré lorsque des prestataires ou des équipes de prestataires administrent un traitement pour les deux troubles de façon concurrente. (services)	**P** : adultes avec TC (excluant le TSPT) **I :** TI offert en milieu résidentiel ou externe **C :** avec groupe témoin ou mesures avant-après **O :** abus substances, symptômes psychiatriques, fonctionnement social **T :** jusqu'en 2011 **S :** études américaines de langue anglaise seulement	13 3665
Conclusion :		Effets modestes et statistiquement non significatifs du TI comparativement aux soins usuels sur les symptômes psychiatriques, le fonctionnement social et l'usage d'alcool. Réduction significative de l'usage de drogues pour le groupe comparaison et effets variables du TI selon le contexte (résidentiel vs externe)			
Cleary et al. **2009**	RS 8.5/11	Évaluer l'efficacité des interventions psychosociales pour réduire l'abus de substances, améliorer la santé mentale et favoriser l'adhésion au traitement.	Toute intervention psychosociale utilisée pour intervenir auprès des personnes ayant des TC. (Interventions)	**P** : adultes ayant des troubles mentaux graves et abus de substances **I :** TI offert en milieu hospitalier, externe, résidentiel, ou carcéral **C :** avec groupe témoin **O :** abus de substances, état mental, adhésion au traitement **T :** de 1990 à 2008 **S :** études de langue anglaise seulement	54 11 734
Conclusion :		Les résultats soulignent l'importance de l'entretien motivationnel dans les milieux psychiatriques pour réduire l'usage de substances, du moins à court terme.			
De Witte et al.	RS (ECR)	Évaluer les interventions à inclure dans un TI externe efficace pour les patients ayant	Interventions en dépendance et en santé mentale offertes simultanément par les mêmes intervenants.	**P :** patients ayant troubles psychotiques et abus de substances **I :** interventions offertes en milieu externe	14

Auteurs Année	Type de revue et cote AMSTAR	Objectif de la RS	Définition du traitement intégré (TI) selon les auteurs de la revue (niveau d'intégration)	Critères de sélection (PICOTS) des études	Nombre études patients
2014	10/11	des troubles schizophréniques et des troubles liés aux substances.	(Interventions)	**C :** avec groupe témoin **O :** abus de substances, symptômes psychiatriques **T :** jusqu'en 2012 **S :** ECR de langue anglaise seulement	1769
Conclusion :	Les TI, et plus particulièrement les thérapies comportementales et familiales, semblent avantageux bien que la taille des effets soit modeste dans la plupart des cas.				
Dolan **2012**	Méta analyse 6.5/11	Évaluer l'efficacité des TI et non-intégrés pour les patients ayant des troubles de stress post-traumatique (TSPT) et abus de substances.	Interventions qui ciblent les 2 troubles simultanément ou sont censés avoir un effet sur les 2 troubles. (Interventions)	**P :** patients avec TSPT, trauma et abus substances **I** : interventions psychosociales pour trauma, TSPT et abus de substances **C :** interventions ciblant principalement le TSPT OU l'abus de substances **O :** abus de substances, symptômes TSPT, état psychologique général **T :** de 1980 à 2011 **S :** avec données quantitatives et au moins 2 temps de mesure	17 811
Conclusion :	Les TI sont généralement efficaces pour les personnes ayant des TC. Pas de différence majeure entre le TI et le traitement séquentiel.				
Drake et al. **2008**	RS 7/11	Évaluer, à partir d'études contrôlées, les évidences soutenant diverses interventions psychosociales pour les patients ayant des TC.	Les services de santé mentale et de toxicomanie sont accessibles dans le même cadre et sont combinés et modifiés en un tout cohérent (Services)	**P** : adultes ayant des tr. mentaux graves et abus de substances **I :** interventions en milieu hospitalier, externe, résidentiel ou carcéral **C :** avec groupe témoin **O :** consommation de substances, santé mentale, et autres **T** : aucune restriction **S :** études contrôlées expérimentales et quasi expérimentales	45 11 929
Conclusion :	Trois types d'interventions : le counseling de groupe, les programmes de contingence et les traitements résidentiels intégrés, ont démontré				

Auteurs Année	Type de revue et cote AMSTAR	Objectif de la RS	Définition du traitement intégré (TI) selon les auteurs de la revue (niveau d'intégration)	Critères de sélection (PICOTS) des études	Nombre études patients
		des effets positifs et constants sur les troubles liés à l'usage de substances. Les autres interventions ont des impacts significatifs sur d'autres sphères du fonctionnement.			
Hesse **2009**	Méta analyse (ECR) 7/11	Évaluer les évidences en faveur du traitement intégré pour les troubles d'abus de substances avec des conditions comorbides telles que la dépression et l'anxiété.	Toute intervention psychosociale utilisée pour intervenir auprès des personnes ayant des troubles concomitants. (Interventions)	**P :** adultes avec abus substances et symptômes dépressifs/anxieux **I : i**nterventions psychosociales **C :** interventions ciblant seulement l'abus de substances **O :** consommation, santé mentale, adhésion au traitement **T :** aucune restriction **S :** ECR seulement, pas de restriction sur la langue de publication	9 Non rapporté
	Conclusion :	Les TI pour les troubles d'abus de substances et la dépression sont prometteurs, mais les preuves empiriques sont insuffisantes à ce stade-ci. Il n'y a pas de preuve empirique en faveur des TI pour les troubles d'abus de substances et l'anxiété.			
Fries et Rosen **2011**	RS 4\11	Évaluer l'efficacité du programme Assertive Community Treatment (ACT) pour le traitement des problèmes d'abus de substances.	Équipe interdisciplinaire qui offre des traitements pour l'abus de substances, les tr. psychiatriques et problèmes médicaux ou tout autre traitement requis, de façon coordonnée. (Services)	**P :** personnes ayant un trouble concomitant **I :** programme ACT intégré **C :** ACT traditionnel ou autre programme de gestion de cas **O :** consommation de substances psychoactives **T :** non spécifié **S :** ECR seulement	4 747
	Conclusion :	Le programme ACT intégré, offrant du counseling pour les problèmes de dépendance, semble prometteur pour résoudre l'abus de substances à l'aide de plusieurs mécanismes, mais ceci s'est avéré difficile à démontrer dans les études cliniques où les participants des groupes témoins reçoivent des interventions similaires.			
Hunt et al. **2013**	RS Cochrane (ECR) 11\11	Évaluer les effets des interventions psychosociales pour réduire l'abus de substances parmi les personnes ayant un trouble mental comparativement aux soins usuels.	Traitements pour la santé mentale et l'abus de substances fournis simultanément, dans un même endroit, par des cliniciens qui sont compétents dans les 2 domaines et leur accorde une importance similaire, et offerts de façon cohérente.	**P :** adultes avec un tr. mental grave et un tr. lié usage substances **I :** approches long terme axées sur le prestataire de soins et le client **C :** soins usuels ou traitement non intégré **O :** consommation substances, état mental,	32 3165

Auteurs Année	Type de revue et cote AMSTAR	Objectif de la RS	Définition du traitement intégré (TI) selon les auteurs de la revue (niveau d'intégration)	Critères de sélection (PICOTS) des études	Nombre études patients
			(Services)	fonctionnement global et social, qualité de vie, hospitalisation, adhésion au traitement **T** : Modèle de soins intégré de type ACT ou interventions psychosociales **S :** ECR seulement	
	Conclusion :	Peu d'évidences concluantes pour soutenir le recours à une intervention psychosociales plus qu'une autre pour maintenir les personnes avec des troubles mentaux graves dans le traitement, réduire leur abus de substance ou améliorer leur état mental.			
O'Campo et al. **2009**	RS réaliste 7\10	Identifier les programmes et interventions offerts dans la communauté aux sans-abris ayant un trouble concomitant et identifier les composantes ou mécanismes de ces programmes qui déterminent leurs succès.	Interventions, traitements ou programmes offerts dans la communauté ciblant spécifiquement les adultes sans-abri ayant des TC de santé mentale et abus substances. (Services)	**P :** adultes avec historique/à risque de ou sans abri ayant un TC **I :** interventions offertes dans la communauté **C :** avec ou sans groupe témoin **O** : santé mentale et abus de substances **T :** à partir de 1980 **S :** études de langue anglaise seulement	17 6650
	Conclusion :	Des résultats importants et prometteurs ont été obtenus dans 6 des 10 programmes évalués pour améliorer l'état de santé mentale et, dans une moindre mesure, réduire les problèmes de consommation parmi les sans-abris ayant des TC. Ces programmes fonctionnent en partie en promouvant et en soutenant l'autonomie des personnes sans-abri ayant des TC.			
Pennay et al. **2011**	RS (ECR) 5.5/11	Évaluer les évidences disponibles concernant les options thérapeutiques pour les personnes ayant un trouble de personnalité état-limite et un trouble d'abus de substances et discuter des implications cliniques pour les services de toxicomanie.	Approches thérapeutiques pour les personnes ayant un trouble de la personnalité état-limite et un trouble d'abus de substances. (Interventions)	**P :** personnes avec tr. personnalité état-limite et abus de substances **I :** thérapies dialectique comportementale et dynamique déconstructive **C :** avec groupe témoin **O :** non précisé **T :** jusqu'en 2010 **S :** ECR de langue anglaise seulement	6 221
	Conclusion :	Bien que toutes les études démontrent une certaine amélioration dans le temps, il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander un traitement plutôt qu'un autre. La thérapie dialectique comportementale montre des résultats prometteurs.			

Auteurs Année	Type de revue et cote AMSTAR	Objectif de la RS	Définition du traitement intégré (TI) selon les auteurs de la revue (niveau d'intégration)	Critères de sélection (PICOTS) des études	Nombre études patients
Schulte et al. **2011**	RS 3\11	Synthétiser les données probantes existantes sur la satisfaction des personnes ayant un trouble concomitant envers leur traitement.	Traitement simultané des 2 troubles par le même prestataire de soins. (Interventions)	**P :** personnes avec un diagnostic d'abus de substances et tr. mental **I :** traitement pour les TC **C :** traitement usuel **O :** satisfaction du client **T :** 1970 - 2010 **S :** Études quantitatives de langue anglaise seulement	27 8001
Conclusion :	Le niveau de satisfaction élevé envers les traitements actuels des personnes ayant des TC, et plus particulièrement envers les TI, devrait augmenter l'optimisme thérapeutique parmi les cliniciens travaillant avec cette clientèle.				
Tiet et Mausbach **2007**	RS 5.5/11	Passer en revue la littérature scientifique sur les traitements pour les personnes ayant un trouble d'abus de substances et un trouble psychiatrique.	Traitement multimodal à composantes multiples (Interventions)	**P :** personnes avec un tr. d'abus de substances et un tr. mental **I :** traitement intégré et non intégré **C :** avec et sans groupe témoin **O** : non précisé **T :** 1980 à 2007 **S :** études publiées de langue anglaise seulement	10 668
Conclusion :	Aucun TI n'a été identifié comme étant d'efficacité supérieure à la fois pour le trouble d'abus de substances que pour le trouble mental. Les traitements actuels efficaces ciblant l'un ou l'autre de ces troubles ont aussi tendance à fonctionner pour les personnes ayant des TC.				
Torchalla et al. **2012**	Méta analyse 9\11	Examiner les évidences quant aux programmes de traitement intégré pour les individus ayant un trouble lié aux substances ayant vécu un traumatisme.	Une attention simultanée et coordonnée sur l'abus de substances et les traumas à l'intérieur d'un seul et même service dispensé par une seule et même équipe de cliniciens. (Équipes)	**P :** trouble lié aux substances et trauma ou symptômes TSPT **I :** traitement intégré **C :** avec ou sans groupe témoin **O :** symptômes TSPT et abus de substances **T :** jusqu'en 2010 **S :** études quantitatives de langue anglaise	17 4088
Conclusion :	Le TI réduit les symptômes liés aux traumatismes de même que l'abus de substances. Cependant, les TI et non-intégrés semblent produire une diminution similaire des symptômes de santé mentale et de toxicomanie. Les TI sont prometteurs, mais leur supériorité n'a pas encore été démontrée.				

ECR : Essai Clinique randomisé, **PICOTS** : Population, Intervention, Comparator, Outcome, Timing, Study, **RS** : revue systématique, **TC** : troubles concomitants, **TI** : traitement intégré, **TSPT** : trouble de stress post-traumatique.

Annexe C-2

Caractéristiques méthodologiques des 35 études primaires retenues

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
1	**Aubry et al. 2003**	Canada Quasi-expérimental Moyenne	N = 56 Âge[5] : 41 ans Hommes : 71%	Tr. de l'humeur: 55% Tr. schizophréniques: 40%	Abus ou dépendance : - alcool et drogues : 61% - alcool seulement : 21% - drogues seulement : 18%	**TI** : 9 séances de EM offertes en groupe sur 9 mois combinées à un programme de suivi intensif communauté ou outreach services. - évaluation post traitement **C :** programme suivi intensif communauté ou outreach services
2	**Baker et al. 2006**	Australie ECR Moyenne	N = 130 Âge : 29 ans (15 ans et +) Hommes : 78%	Tr. schizophréniques : 62% Autres TMG : 38%	(Abus) ou dépendance : - alcool : (12%) 56% - cannabis : (8%) 66% - amphétamine : (10%) 32%	**TI** : 10 séances individuelles EM + TCC + soins usuels - suivi post-traitement après 5 semaines, 3 et 9 mois **C** : soins usuels SM et matériel éducatif sur consommation substances
3	**Ball 2007**	États-Unis ECR Moyenne	N = 30 Âge: 37 ans Hommes : 50% Non-caucasiens : 20%	Tr. personnalité[6]: - antisociale : 63% - état-limite : 57% - évitante : 53% - dépendante : 23%	Dépendance aux stimulants/opiacés : - héroïne : 56% - cocaïne : 23% - alcool/benzo. : 10%	**TI** : 28 séances individuelles de Dual Focus Schema Therapy sur 6 mois (manualisé) + programme de maintien à la méthadone - évaluation post traitement **C** : 12-step facilitation therapy (manualisé) + maintien méthadone
4	**Barrow-clough et al.**	Royaume-Uni ECR	N = 327 Âge: 38 ans (16 ans et +)	Tr. schizophréniques : 100%	Abus ou dépendance/substance principale : - alcool : 57%	**TI** : 26 séances individuelles EM et TCC pendant 12 mois (manualisé) + soins usuels SM - évalue la fidélité au traitement pendant les 12 mois

[4] Les termes et diagnostics utilisés pour les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives sont rapportés tels que mentionnés dans les articles même s'ils ne correspondent plus aux classifications ou terminologies actuelles.

[5] Âge moyen de l'échantillon.

[6] Les patients présentent en moyenne trois troubles de la personnalité.

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
	2010	Bonne	Hommes : 87% Non-caucasiens : 19%	recrutés dans 6 hôpitaux psychiatriques 96% des patients avec atteinte sérieuse fonctionnement global (GAF scores entre 50 et 21)	- cannabis : 24% - crack/amphétamines : 12% - autres : 7% Alcool : minimum de 28 consommations 30 derniers jrs pour hommes et 21 pour femmes. Drogues : minimum de 2jrs/sem. plus de 50% des semaines au cours 3 derniers mois.	- évaluation post-traitement + suivi 12 mois **C** : soins usuels en SM
5	**Bellack et al. 2006**	États-Unis ECR Bonne	N = 175 Âge: 43 ans Hommes : 63% Non-caucasiens : 75%	Tr. schizophréniques : 40% Tr. affectif majeur : 56% Autres TMG : 4%	Dépendance stimulants/opiacés : - Opiacés : 25% - Cocaïne : 69% - Marijuana : 7%	**TI** : 48 séances de BTSAS sur 6 mois (2 fois sem.) - format de groupe + 3 séances individuelles + programme de contingences aux tests d'urine - évaluation post traitement seulement **C** : thérapie de soutien de groupe STAR + soins usuels SM
6	**Bonsack et al. 2011**	Suisse ECR Bonne	N = 62 Âge : 25 ans (< 35 ans) Hommes : 87% Non-caucasiens : 31%	Tr. schizophréniques : 100% Recrutés interne/externe	Dépendance cannabis : 82% Abus cannabis : 18% Exclus si dépendance à une autre substance (sauf nicotine)	**TI** : 10 séances individuelles EM sur 5 mois - 4 – 6 séances premier mois + 4 séances mensuelles de maintien - suivi post-traitement après 6, 18, et 42 semaines **C** : soins usuels en SM
7	**Brooks et Penn 2003**	États-Unis ECR Moyenne	N = 112 Âge : 34 ans Hommes : 58%	Tr. schizophréniques : 20% Psychoses affectives : 50% Tr. de la personnalité : 15% Autres troubles : 14%	Dépendance : - alcool : 45% - cocaïne : 13% - amphétamines : 8% - cannabis : 7% - polysubstances : 18%	**TI** : programme intensif SMART offert en groupe 5hrs par jour/5 jours semaine sur 6 mois - combine psychoéducation et TCC - suivi post-traitement après 3 et 12 mois **C** : thérapie basée sur les 12 étapes (modèle AA) adapté pour TC
8	**Craig**	Angleterre	N = 232 patients	Tr. schizophréniques :	Abus ou dépendance :	**TI** : programme de gestion de cas intégré offert par des

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
	et al. 2008	ECR Moyenne	N = 79 gestionnaires de cas Hommes : 80%	100%	- alcool: 33% - cannabis: 22% - alcool + cannabis: 13% - stimulants: 24% - autres: 8%	gestionnaires de cas ayant reçu une formation de 5 jours sur les TC - patients suivis pendant 18 mois - évaluation aux 6 mois pendant le traitement **C** : programme de gestion de cas régulier
9	**Daughters et al. 2008**	États-Unis ECR Bonne	N = 44 Âge: 42 ans Hommes: 63% Non-caucasiens : 86%	Dépression majeure : 39% Tr. bipolaire : 27% Tr. anxieux : 43% 10% sous médication	Dépendance aux stimulants/opiacés : 100%	**TI** : 8 séances LETS Act offertes en groupe de 3 à 5 patients et réparties sur 2 semaines combinées à un programme résidentiel en dépendance de 60 à 180 jours avec séances de groupe de 9 :00 à 20 :00 du lundi au jeudi. - suivi post-traitement après 2 semaines alors que les patients sont toujours dans le programme résidentiel **C** : programme résidentiel en dépendance régulier
10	**Edwards et al. 2006**	Australie ECR Bonne	N = 47 Âge : 21 ans Hommes: 72%	Tr. schizophréniques : 100% (1er épisode)	Abus ou dépendance au cannabis : 100%	**TI** : 10 séances individuelles de TCC intégrée sur 3 mois + programme pour premier épisode psychotique offertes en externe - suivi post-traitement après 6 mois **C** : 10 séances de psychoéducation + programme pour premier épisode psychotique
11	**Essock et al. 2006**	États-Unis ECR Bonne	N = 198 Âge : 37 ans Hommes : 72% Non-caucasiens : 73%	Tr. schizophréniques : 77% Tr. affectifs : 17% Autres troubles : 6%	Abus d'alcool : 74% Abus autres substances : 82%	**TI** : programme de suivi intensif dans la communauté ACT-intégré offert sur 3 ans - évaluation aux 6 mois pendant les 3 ans de traitement **C** : programme de gestion de cas régulier
#	**Auteurs Année**	**Pays Devis Qualité étude**	**Caractéristiques de l'échantillon**	**Troubles de santé mentale**	**Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives**	**Interventions**

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
12	**Frisman et al. 2008**	États-Unis ECR Moyenne	N = 213 Âge : 38 ans Hommes : 39% Non-caucasiens : 55%	Tr. stress post-traumatique : 100%	Abus ou dépendance alcool et drogues	**TI** : 8 séances TARGET en groupe (manualisé) combinées à des interventions en dépendances - suivi post-traitement: 4 et 10 mois **C** : interventions en dépendances + 3hrs information sur "trauma sensitive care"
13	**Glasner-Edwards et al. 2007**	États-Unis ECR Faible	N = 148 vétérans Âge : 49 ans Hommes : 94% Non-caucasiens : 25%	Dépression majeure: 100% exclus si dépression induite 100% sous médication	Dépendance : - alcool : 86% - cannabis : 25% - stimulants : 54% exclus si opiacés	**TI** : 36 séances de groupe de TCC intégrée pour dépression et dépendances offertes sur 6 mois par une clinique spécialisée TC - évaluation post-traitement seulement **C** : 12-step facilitation therapy (manualisée)
14	**Gregory et al. 2008**	États-Unis ECR Faible	N = 30 Âge: 29 ans Hommes: 20% Non-caucasiens : 10%	Tr. personnalité état-limite : 100% - état-limite seulement : 40% - … + bipolaire : 17% - … + antisociale : 43%	- abus alcool : 33% - dépendance alcool : 67%	**TI** : 48 séances individuelles de Dynamic Deconstructive Psychotherapy sur 12 – 18 mois, d'orientation psychodynamqiue, + soins usuels SM - évaluation aux 3 mois pendant les 12 mois **C** : soins usuels SM
15	**Hernandez-Avila et al. 2004**	États-Unis ECR Bonne	N = 41 Âge: 43 ans Hommes: 48%	Dépression majeure : 100%	Dépendance alcool : 100%	**TI** : Nefazodone (2 X 300 mg/jr) + 8 séances individuelles thérapie support en dépendance (guidée par manuel) sur 2 mois **C** : placebo + 8 séances individuelles de thérapie de support en dépendance
16	**Hien et al. 2004**	États-Unis ECR Moyenne	N = 107 Âge: 38 ans Femmes : 100% Non-caucasiens : 76%	Tr. stress post-traumatique : 100%	Abus ou dépendance : - alcool: 32% - cocaïne/crack: 34% - cannabis: 27% - héroïne: 7%	**TI** : 24 séances individuelles sur 3 mois de Seeking Safety (manualisé) - suivi post-traitement après 3 et 6 mois **C1** : 24 séances individuelles de prévention de la rechute
17	**Hjorthoj**	Danemark	N = 103	Tr. schizophréniques :	Abus ou dépendance au	**TI** : 28 séances de CapOpus sur 6 mois offertes en format

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
	et al. 2013	ECR Bonne	Âge : 21 ans Hommes : 76%	100%	cannabis : 100%	individuel à l'externe - suivi post-traitement après 4 mois **C** : soins usuels en SM
18	**James et al. 2004**	Australie ECR Moyenne	N = 63 Âge : 28 ans Hommes : 71%	Tr. mentaux graves : 100%	Abus ou dépendance alcool et drogues	**TI** : 9 séances de EM+ PR + RM offertes sur 6 semaines en groupe (manualisé) combinées à un programme de gestion de cas en SM - suivi post-traitement après 3 mois **C** : soins usuels SM + séance d'information 1 hr sur substances
19	**Kavanagh et al. 2004**	ECR Australie Faible	N = 25 Âge : 23 ans Hommes : 60% Non caucasiens : 16%	Tr. schizophréniques : 100% (1er épisode) Recrutés à l'interne	Abus ou dépendance : - alcool: 88% - cannabis: 52% - amphétamines: 8% exclus si opiacés	**TI** : traitement individuel Start Over and Survive – SOS de 3 heures réparties sur 6 à 9 séances et une semaine + suivi téléphonique post-traitement pendant 4 semaines - suivi post-traitement après 3, 6 et 12 mois **C** : soins internes usuels en SM
20	**Kemp et al. 2007**	Australie ECR Faible	N = 19 Âge : 21 ans Hommes : 84%	Tr. mentaux graves : 100%	Abus alcool ou cannabis	**TI** : 4 à 6 séances Stop Using Stuff – SUS (manualisé) sur 6 semaines + 1 suivi téléphonique 3 mois post-traitement - suivi post-traitement après 6 mois **C** : soins usuels en SM
21	**Madigan et al. 2013**	Irlande ECR Moyenne	N = 88 Âge : 28 ans Hommes : 78%	Tr. schizophréniques : 77% Tr. bipolaire : 16% Dépression majeure : 7%	Dépendance cannabis : 100%	**TI** : 12 séances TCC + EM offertes en groupe sur 6 semaines sans le cadre d'un programme de suivi intensif - suivi post-traitement après: 9 mois **C** : soins usuels en SM
22	**Mangrum et al. 2006**	États-Unis Cas/témoin Moyenne	N = 216 Âge: 37 ans Hommes: 50% Non caucasiens :	Tr. schizophréniques : 19% Tr. bipolaire : 21% Dépression majeure :	Abus ou dépendance alcool et drogues	**TI** : programme ACT intégré pour TC offert sur 12 mois **C** : traitement parallèle par 2 cliniques indépendantes

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
			33%	35%		
23	**Martino et al. 2006**	États-Unis ECR Bonne	N = 44 Âge: 32 ans Hommes: 73% Non caucasiens : 68%	Tr. schizophréniques : 77% Autres troubles : 23%	- cocaïne 57% - héroïne 5% - cannabis 30% - autres: 8% - + alcool: 48%	**TI** : 2 séances EM offertes en externe sur 1 semaine (2 séances de pré-admission dans le but d'accéder à un programme pour TC) - suivi post-traitement : 1,2, 3 mois **C** : 2 entrevues d'évaluation avec un psychiatre
24	**Morrissey et al. 2005**	États-Unis Quasi-expérimental Moyenne	N = 2729 Âge : 37 ans Femmes:100% Non caucasiens : 50%	Tr. stress posttraumatique Femmes victimes violence, abus 70% ont déjà été sans abris	Abus ou dépendance alcool et drogues	**TI** : 12 à 33 séances de groupe pour trauma et TC combinées à un programme pour TC offert sur 12 mois - TI offert dans 9 centres - offert dans le cadre d'un programme résidentiel ou en externe **C** : soins offerts centres de la même région
25	**Morse et al. 2006**	États-Unis ECR Moyenne	N = 196 sans abris Âge : 40 ans Hommes : 80% Non-caucasiens : 73%	Tr. schizophréniques : 80% Tr. bipolaire : 11% Tr. dépressifs : 9%	Abus : 64%, dépendance : 46% - alcool : 40% - drogues : 18% - alcool et drogues : 42%	**TI** : programme ACT intégré - incluant 1 spécialiste en dépendances + counseling individuel et interventions de groupe en dépendances offertes aux 2 semaines pendant 2 ans **C** : ACT régulier ou soins usuels en SM
26	**Mueser et al. 2013**	États-Unis ECR Moyenne	N = 108 patients Âge : 34 ans Hommes : 70% Non caucasiens : 30%	Tr. schizophréniques : 75% Tr. bipolaire : 25%	Dépendance : - alcool: 50% - drogues: 68% - alcool et drogues: 19%	**TI** : 24 à 30 séances du programme Family Intervention for Dual Diagnosis – FIDD offert sur 12 mois - suivi post-traitement : 18 mois (évalué aux 6 mois) **C** : 6 à 8 séances de psychoéducation familiale sur 2 à 3 mois + soins usuels SM sur 12 mois
27	**Oslin 2005**	États-Unis ECR Moyenne	N = 74 Âge : 63 ans (55 ans et +) Hommes : 80% Non caucasiens :	Dépression majeure : 100% (Induite par l'alcool : 64%)	Dépendance alcool : 100% Abstinent depuis au moins 3 jours avant le traitement. Consomme depuis 40 ans en	**TI** : Naltrexone (50 à 100 mg/jr) + sertraline (antidépresseur) + 6 séances thérapie BRENDA sur 3 mois **C** : placebo + sertraline + thérapie BRENDA

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
			34%		moyenne, 11 consommations/jr en moyenne, 68% de jours avec consommation excessive dans les 90 derniers jours	
28	**Petersen et al. 2007**	Danemark ECR Moyenne	N = 146 avec TC (cohorte de 547) Âge : 26 ans Hommes : 79%	Tr. schizophréniques : 100% (1er épisode)	Abus ou dépendance : - alcool: 49% - cannabis: 82% - autres: 26%	**TI** : programme ACT enrichi - OPUS offert sur 2 ans - combine du counseling en dépendances, psychoéducation familiale et entraînement aux habiletés sociales (volet sur dépendances non manualisé) **C** : soins usuels en SM
29	**Petrakis et al. 2004**	États-Unis ECR Faible	N = 31 Âge : 46 ans Hommes : 100% Non caucasiens : 19%	Tr. schizophréniques : 100% (1er épisode) Recrutés clinique externe	Dépendance alcool : 100%	**TI** : Naltrexone (50 mg/jr) + 12 séances TCC intégrée + soins usuels en SM sur 3 mois **C** : placebo + TCC intégrée + soins usuels en SM
30	**Ries et al. 2004**	États-Unis ECR Moyenne	N = 41	Tr. schizophréniques : 75% Tr. affectif majeur: 23% Autres troubles: 2% Recrutés clinique externe	Dépendance : alcool: 61% - cannabis: 39% - cocaïne: 29% - polysubstances: 39%	**TI** : programme de contingences pour TC offert sur 27 semaines en Externe + soins usuels SM **C** : conditions similaires mais non contingentes + soins usuels SM
31	**Sacks et al. 2008**	États-Unis ECR Moyenne	N = 240 Âge: 38 ans Hommes: 43% Non caucasiens : 87%	Détresse et symptômes psychologiques 53% traités avec meds ds le passé 31% traités urgence ou hôpital psychiatrique ds	Abus ou dépendance : - alcool : 15% - crack/cocaïne: 60% - héroïne: 14% 92% avec passé criminel dont 7% incarcérés dans le passé	**TI** : programme intensif Dual Assessment Recovery Tract – DART offert 3 hrs jour/3 jours semaine pendant 12 semaines (manualisé) - suivi post-traitement: 9 mois **C** : programme intensif en dépendance régulier

#	Auteurs Année	Pays Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale[4]	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
				le passé		
32	**Salloum et al. 2005**	États-Unis ECR Moyenne	N = 59	Tr. bipolaires : 100%	Dépendance alcool : 100% 1 semaine en désintoxication avant le traitement	**TI** : Valproate (≥ 750 mg/jr) + lithium + 24 séances Dual Diagnosis Recovery Counseling – DDRC sur 3 mois **C** : placebo + lithium + 24 séances DDRC
33	**Santa Ana et al. 2007**	États-Unis Cas/témoins Moyenne	N = 101 Hommes : 63%	Dépression majeure: 58% Tr. bipolaire: 14% Tr. anxieux: 31% Recrutés à l'interne	Dépendance : - alcool : 66% - cocaïne : 44% - cannabis : 21% désintoxication médicale et/ou stabilisation de la médication avant le traitement	**TI** : 2 séances EM de 2 heures de groupe offertes à l'interne + programme spécialisé TC sur 2 semaines - suivi post-traitement : 1 et 3 mois **C** : 2 discussions de groupes de 2hrs sur substances + programme spécialisé TC
34	**Schadé et al. 2005**	ECR Amsterdam Moyenne	N = 96 Âge : 42 ans Hommes : 68%	Phobie sociale : 91% tr. panique : 9%	Dépendance alcool : 100% Avec ou sans dépendance aux benzodiazépines ou au jeu pathologique Désintoxication et abstinence depuis 6 sem. avant le traitement	**TI** :12 séances TCC intégrée + programme intensif en dépendance de 25 hrs /semaine sur 12 semaines + 10 semaines maintien - disulfuram et antidépresseur sur une base facultative - évaluation 16, 24 et 32 semaines après le début du traitement **C** : programme intensif en dépendance régulier
35	**Weiss et al. 2007**	États-Unis ECR Bonne	N = 62 Âge : 42 ans Hommes : 48% Non-caucasiens : 6%	Tr. bipolaires : 100%	Dépendance : - alcool : 27% - drogues : 10% - alcool et drogues : 63%	**TI** : 20 séances TCC intégrée de groupe pour dépendance et trouble bipolaire + soins usuels SM - suivi post-traitement: 3 mois **C** : 20 séances de groupe basées sur les 12 étapes

ACT : Assertive Community Treatment, **BTSAS** : Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness, **C** : comparateur **ECR** : essai clinique randomisé, **EM** : entretien motivationnel, **LETS Act** : Life Enhancement Treatment for Substance Abuse, **PR** : prévention de la rechute, **RM** : réduction des méfaits, **SM** : santé mentale, **SMART** : Self-Management and Recovery Training, **STAR** : Supportive Treatment for Addiction Recovery, **TARGET** : Trauma Affect Regulation Guide for Education and Therapy, **TC** : troubles concomitants, **TCC** : thérapie cognitive-comportementale, **TI** : traitement intégré, **TMG** : troubles mentaux graves.

Annexe C-3

Résultats obtenus dans les 35 études primaires retenues

#	Auteurs Année	Composition de l'échantillon et traitements investigués	Résultats[7] sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
1	**Aubry et al. 2003**	N = 56 SM : TMG SUB : mixtes TI : 9 séances EM + ACT C: ACT régulier	• réduction significative consommation d'alcool après 9 mois de traitement observée sur AUDIT pour patients TI (F (1, 54) = 7.45, p < 0.01) comparativement patients groupe comparateur	Pas de différence significative entre les 2 groupes sur le nombre d'hospitalisations, échelles de symptômes ou intégration sociale
		Autres résultats :	Amélioration significative de la qualité de vie en lien avec les activités quotidiennes et finances après 9 mois pour patients TI selon l'évaluation du patient mais pas de différence significative sur la qualité de vie selon l'évaluation de l'intervenant.	
2	**Baker et al. 2006**	N = 130 SM: TMG SUB: mixtes TI : 10 séances EM + TCC C : Tr. usuel SM	• 71% des patients ont assisté aux 10 séances de traitement • P.d.s. sur les différentes mesures de consommation. • Les tendances observées sont en faveur du comparateur.	• plus grande réduction des symptômes dépressifs au suivi post traitement de 3 mois pour TI que pour C (Z = 0.78 versus 0.28) • amélioration du fonctionnement global au suivi post traitement de 9 mois pour TI et détérioration pour groupe C (Z= -0.15 versus 0.43, ES = 0.58 = modéré)
3	**Ball 2007**	N = 30 SM : tr. personnalité SUB : stimulants/opiacés TI : 28 séances DFST C : 12 SFT	• nombre moyen de séances complétées est de 13.5 pour DFST et 14.7 pour 12SFT. • Réduction plus rapide de la consommation de substances pendant le traitement pour DFST que 12 SFT mais p.d.s à la fin du traitement sur les différentes mesures de consommation ou tests d'urine.	• réduction significative des symptômes dysphoriques à la fin du traitement observée seulement chez les patients ayant reçu le 12SFT (Z = 3.24, p < .001)
		Autres résultats :	Alliance thérapeutique plus forte pour TI que pour comparateur selon le patient (Z = 2.09, p.037) et le thérapeute ((Z = 2.48, p = .013).	
4	**Barrow-clough**	N = 327 SM: tr. schizophréniques	• réduction de la quantité d'alcool consommée les jours de consommation 20% supérieure pour TI que pour C	• p.d.s sur les taux hospitalisations, décès, rechutes, symptômes psychiatriques et comportements

[7] Les résultats statistiques sont rapportés dans la mesure où ceux-ci étaient documentés dans l'article.

#	Auteurs Année	Composition de l'échantillon et traitements investigués	Résultats[7] sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
	et al. 2010	SUB : non spécifié TI : 26 séances EM + TCC C: Tr. usuel SM	(RVajusté = 1.50, IC : 1.08 – 2.09, p = 0.016) sur les 2 ans de l'étude • 18% de jours abstinents de plus pour patients avec problèmes d'alcool pour TI que pour C (IC : 4.24 – 32.03, p = .011) sur les 2 ans de l'étude • plus grande motivation à réduire leur consommation à la fin du traitement pour TI que pour C (RVajusté = 2.05, IC : 1.26 – 3.31, p = .004) mais p.d.s au suivi post-traitement de 12 mois	d'automutilation à la fin du traitement et au suivi post traitement de 12 mois
		Autres résultats	Nombre moyen de séances complétées est de 16.7 et fidélité au TI sur 81% à 100% des items évalués	

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
5	**Bellack et al. 2006**	N = 175 SM: TMG SUB : stimulants/opiacés TI : 48 séances BTSAS C : 48 séances STAR	• 59% avec tests d'urine négatifs pour TI versus 25% pour C (RV = 4.4, IC : 2.1 – 9.0, taille d'effet = 0.76) • 54% pour TI versus 16% pour C avec une période d'abstinence de 4 semaines (khi-carré = 16.6, p < .001), • 44% versus 10% avec 4 périodes d'abstinence de 4 semaines (khi-carré = 15.3, p < .003) et 33% versus 8% avec une période d'abstinence de 8 semaines (khi-carré = 9.66, p = .002)	• réduction significative du taux d'hospitalisations de 30% à 7% pour TI après 6 mois (khi-carré = 9.39, p = .002) versus une réduction n.s. de 20% à 16% pour C • amélioration significative du fonctionnement social et habiletés de vie après 6 mois pour TI (t = 3.73, p < .001)
		Autres résultats :	• Fidélité au traitement de 97% en moyenne pour le groupe TI et C. Abandon de traitement 2 fois plus élevé pour C que pour TI (RR : 0.51, CI : 0.30 -0.85);plus grand nombre de séances suivies pour TI que pour C (29 versus 19 séances en moyenne, ES = 0.64, CI : 0.25 1.03);Amélioration de la qualité de vie pour TI seulement après 6 mois; augmentation de 47% à 69% de patients avec assez d'argent pour vivre pour TI versus 44% à 52% pour C; réduction du taux d'arrestations de 31% à 13% pour TI versus augmentation de 23% à 27% pour C.	
6	**Bonsack et al. 2011**	N = 62 SM: tr. schizophréniques SUB: cannabis	• plus grande réduction consommation cannabis pour TI que pour C : à la fin du traitement (médiane = 6 joints/sem. versus 0.5, U = 308.5, p = 0.015, d de Cohen =	• P.d.s entre TI et C sur le nombre d'hospitalisations et la durée de séjour, les échelles de symptômes négatifs et positifs, ou les échelles de fonctionnement

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
		TI : 10 séances EM C : tr. usuel SM	0.65) et suivi de 3 mois (médiane = 10.5 joints/sem. versus 0.5) (U = 308.0, p = 0.015, d de Cohen = .65) mais p.d.s au suivi de 9 mois (médiane 10 joints/sem. versus 3.5). • patients TI plus confiants que C dans leur capacité à réduire leur consommation à la fin du traitement (U = 302.0, p = 0.02, d de Cohen = 0.64) et au suivi de 3 mois (U = 341.0, p = 0.05, d de Cohen = 0.52) mais p.d.s au suivi de 9 mois.	global et social.
		Autres résultats	Les patients ont reçu en moyenne 5 séances d'EM au cours des 6 premiers mois et 4 des 30 patients ont reçu de 7 à 12 séances. La moitié des patients ont participé aux séances de groupe.	
7	**Brooks et Penn 2003**	N = 112 SM: TMG SUB: mixtes TI: SMART, intensif C: 12 étapes adaptées TC, intensif	• Consommation d'alcool moins sévère pour le TI en 12 étapes que pour le TI SMART selon le Addiction Severity Index (t = 2.04, p < .05). • P.d.s sur le statut légal et la consommation de drogues selon le ASI et les tests d'urine	• Nombre de jours hospitalisés plus élevé pour les patients du groupe avec thérapie 12 étapes que pour SMART (5.52 jours en moyenne vs aucune hospitalisation pour SMART ; F (2,78) = 4.239, ns) • P.d.s sur les symptômes psychiatriques et le fonctionnement global entre les 2 groupes
		Autres résultats :	29 patients (50%) avec le TI SMART et 21 patients (39%) avec la thérapie en 12 étapes adaptée pour TC ont complété les 6 mois de traitement (d.n.s.). En moyenne, les patients du groupe SMART ont complété significativement moins de jours et de semaines de traitement que ceux du groupe de thérapie en 12 étapes (81 jours et 26 semaines versus 94 jours et 28 semaines ; p = 0.028 et p = 0.018 respectivement). Patients groupe SMART ont meilleure santé physique et statut occupationnel que ceux avec thérapie en 12 étapes.	
8	**Craig et al. 2008**	N = 232 SM: tr. schizophréniques SUB : mixtes TI: gestion cas intégrée, 18 mois C: tr. gestion cas régulière	• P.d.s sur la quantité d'alcool et drogues consommée par jour entre les patients avec le TI et le C après 18 mois.	• scores moins élevés pour TI que C après 18 mois dans le programme sur les échelles de symptômes psychotiques, anxieux et dépressifs (coefficient Beta = -3.7, IC : -6.8 à -0.65) • Pas d.s. sur le fonctionnement social selon les gestionnaires de cas • Pas d.s. sur l'utilisation des services au cours des 18 mois

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
		Autres résultats :	59% des patients du groupe TI et 68% de ceux du groupe C ont été suivis par le même gestionnaire de cas au cours des 18 mois. Leurs remplaçants ont reçu la même formation. Les patients du TI rapportent moins de besoins non comblés que ceux avec le traitement comparateur. P.d.s. sur la satisfaction envers le traitement.	
#	**Auteurs Année**	**Classification selon le trouble mental, la dépendance et les traitements investigués**	**Résultats sur la consommation de substances psychoactives**	**Résultats sur les symptômes de santé mentale**
9	**Daughters et al. 2008**	N = 44 SM : tr. humeur/anxieux SUB : stimulants/opiacés TI : LETS Act, intensif C : Tr. intensif dépendance	Pas de résultats en lien avec la consommation puisque les patients sont toujours dans le programme résidentiel au moment de l'évaluation et n'ont pas le droit de consommer sous peine d'expulsion.	• Réduction plus importante des symptômes dépressifs 2 semaines après la fin du traitement pour les patients du groupe LETS Act (variance expliquée = 0.17, p < .01) que pour C • augmentation plus importante du plaisir dans la pratique d'activités plaisantes 2 semaines après la fin du traitement pour les patients du groupe LETS Act (variance expliquée = 0.18, p < .01) que C
		Autres résultats :	5% abandon traitement pour raisons non médicales pour TI versus 23% pour C (RV = 6.18 mais ns, p = 0.68) Satisfaction envers le traitement plus élevée pour TI que pour C (variance expliquée = 0.23, p < .01)	
10	**Edwards et al. 2006**	N = 47 SM : tr. schizophréniques SUB : cannabis TI : 10 séances TCC intégrée C : tr. usuel SM	• p.d.s sur la quantité, fréquence et sévérité consommation de cannabis à la fin du traitement et au suivi post-traitement de 6 mois • p.d.s sur la motivation à réduire leur consommation	• p.d.s sur les échelles de symptômes et connaissance de la psychose • p.d.s sur le fonctionnement social • p.d.s sur l'utilisation des services
11	**Essock et al. 2006**	N = 198 SM: TMG SUB : mixtes TI: ACT intégré, 3 ans C : gestion cas intégrée	• plus grande réduction de la consommation de substances psychoactives pour soins usuels en SM que pour gestion cas intégrée (2.6 versus 3.0, t = -2.6, p < .05)	• durée des séjours hospitaliers inférieure (32 vs 41 jours) pour TI que pour C (U = 713, p = .002)
		Autres résultats :	Pas de différence significative sur la satisfaction de vie en général	

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
12	**Frisman et al. 2008**	N = 213 SM: TSPT SUB : non spécifié TI : 8 séances TARGET C : tr. dépendance	• P.d.s sur la fréquence de la consommation, le pourcentage de jours avec consommation ou intoxication tel que mesuré par le GAIN	• P.d.s sur les symptômes et cognitions du TSPT, les symptômes dépressifs et anxieux tel que mesuré par le GAIN
13	**Glasner-Edwards et al. 2007**	N = 148 SM : dépression majeure SUB : mixtes TI : 36 séances TCC intégrée C : 12SFT	• 6% de jours abstinents de plus pour 12SFT que pour TI à la fin du traitement de 24 semaines (différence scores Z = -2.17, p = .03) • Dans les 2 groupes, le niveau d'affiliation au programme en 12 étapes des AA est significativement associé au % de jours abstinents (β =.09, p = .00) de même que le sentiment d'efficacité personnelle à faire face au désir et aux tentations à consommer (β =.12, p = .004)	• plus grande réduction des symptômes dépressifs pour 12SFT que pour TI à la fin du traitement de 24 semaines (différence scores Z = - 2.05, p = .04) • pas de changement dans la perception des patients quant à leur capacité à gérer leur affect négatif dans le temps (pré versus post) ni entre les 2 groupes
14	**Gregory et al. 2008**	N = 30 SM: tr. personnalité état-limite SUB : alcool TI : 48 séances DDP C : tr. usuel SM	• % patients avec abus d'alcool (≥ 5 verres en 1 occasion) passe de 67% (n=10) à 30% (n=3) après 12 mois pour TI versus 67% (n=10) à 44% (n=4) pour C (RRA = .14, IC : -.25 à .49).	• % patients avec comportements parasuicidaires passe de 73% (n=11) à 30% (n=3) après 12 mois pour TI versus 47% (n=7) à 33% (n=3) pour C (RRA = .21, IC : -.20 à .54). • % patients avec hospitalisation ou visites à l'urgence passe de 67% (n=10) à 10% (n=1) après 12 mois pour TI versus 67% (n=10) à 22% (n=2) pour C (RRA = .12, IC : -.22 à .46) • plus grande réduction des symptômes dépressifs après 12 mois pour TI que pour C (t = -3.99, p < .001, d de Cohen = 0.76)
		Autres résultats :	33% (n=5) des patients avec le TI ont abandonné le traitement (dont une incarcération) ainsi que 40% (n=6) de ceux avec C (dont 1 par suicide)	

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
15	**Hernandez-Avila et al. 2004**	N = 41 SM: dépression majeure SUB : alcool TI : Nefazodone + tr. dépendance C : placebo + tr. dépendance	• différence de 5.5 consommations de moins par semaine en moyenne pour Nefazodone que pour placebo (t = -2.61, p = 0.01) • un jour de moins par semaine avec consommation excessive pour Nefazodone que pour placebo (F = 7.67, p = 0.01, d de Cohen = 0.89) • 33% (n=7) des patients abstinents après 10 semaines pour Nefazodone versus 15% (n=3) pour placebo mais d.n.s.	• P.d.s sur les échelles de symptômes dépressifs et anxieux entre les 2 groupes
		Autres résultats :	Patients groupe Nefazodone rapportent une meilleure qualité de sommeil que ceux avec placebo (F(1,28) = 4.61, p = 0.04) 62% des patients avec le TI (n=13) et 75% (n=15) de ceux avec le placebo ont complété les 10 semaines de traitement (d.n.s.)	
16	**Hien et al. 2004**	N = 107 SM: TSPT SUB : mixtes TI : 24 séances Seeking Safety C: PR + tr. usuel	• P.d.s entre le TI et le C sur la sévérité de la consommation à la fin du traitement (12 semaines), ni au suivi de 3 et 6 mois post-traitement • les patients des deux groupes TI et C ont obtenu des résultats significativement supérieurs aux patients traités dans la communauté	• 61% des patients avec le TI (n-25) et 75% (n=24) groupe C ont complété les 12 semaines de traitement (d.n.s.) • P.d.s entre TI et C sur les échelles de symptômes du TSPT à la fin du traitement, ni au suivi de 3 et 6 mois post-traitement • les patients des deux groupes ont obtenu des résultats supérieurs aux patients traités dans la communauté
17	**Hjorthoj et al. 2013**	N = 103 (randomisés) SM : tr. schizophréniques SUB : cannabis TI: 28 séances EM + TCC C: tr. usuel SM	• p.d.s entre les 2 groupes sur le % de jours avec consommation à la fin du traitement (6 mois) ou au suivi post-traitement de 4 mois • tendance patients TI à consommer en moins grande quantité que C : 21 joints de moins en moyenne par mois à la fin du traitement (IC = -1.0 à 42.9, p = 0.06) mais d.n.s au suivi (13 joints de moins en moy. par mois	• p.d.s. sur les échelles de symptômes, tests cognitifs
		Autres résultats :	Rétention dans le traitement de 71% pour TI versus 61% pour C mais différence n.s. et p.d.s non plus sur la qualité de vie.	
18	**James et al. 2004**	N = 63 SM: TMG SUB : non spécifié TI : 9 séances EM + PR	• plus grande réduction de la consommation de drogues (t = 6.45 (1,28), p = 0.001), d'alcool (t = 2.59 (1,28), p = 0.015), de cannabis (t = 2.59 (1,15), p = 0.020) et poly substances (t = 2.61 (1,30), p = 0.014) pour TI que pour C	• moins de symptômes pour TI que pour C au suivi de 3 mois (t = 2.04 (1,28), p = 0.05) • taux de ré-hospitalisation sur 3 mois de 7% (n=2) pour TI

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
		+RM C : tr. usuel SM + 1 séance psychoéducation	au suivi de 3 mois • dépendance moins sévère pour TI que pour C au suivi de 3 mois (t = 4.27 (1,27), p = 0.001)	versus 21% (n=6) pour C (Z = -2.496, p= 0.013 ; Z= -2.837, p = 0.005) • besoin de médication moindre pour TI que pour C (t = 2.08, (1,28), p = 0.04)
		Autres résultats :	• en moyenne les sujets TI ont eu 4.7 sessions sur les 6 et 92% ont complété le traitement et ont été évalués au suivi de 3 mois	
19	**Kavanagh et al. 2004**	N = 25 SM: tr. schizophréniques SUB : mixtes TI : 3 heures de SOS + interne C : tr. usuel interne SM	• 86% des patients du groupe TI abstinents ou avec une réduction d'au moins 50% de leur consommation au suivi de 12 mois versus 50% pour groupe C (Khi carré = 4.85, p < 0.05)	Les analyses sur taux de ré-hospitalisations et la durée moyenne des séjours n'ont pu être effectuées en raison du taux d'attrition trop élevé au suivi de 12 mois dans le groupe témoin (50%, 6 patients sur 12).
		Autres résultats :	L'écart entre les patients du TI SOS et ceux du C est observable à partir de 6 mois après le début du traitement et est maintenu jusqu'à 12 mois. Les patients du TI étaient hospitalisés en moyenne depuis moins longtemps que ceux du groupe témoin au début du traitement (12.7 jrs versus 30.8, F (1,23) = 6.36, p < 0.05) et étaient plus confiants dans leur capacité à réduire leur consommation (3.5 sur échelle Likert de 0 à 4 versus 2.6, F (1,23) = 5.91, p < 0.05). Ces deux variables n'étaient pas significativement associées aux résultats obtenus post traitement et aux différents suivis. Au début du traitement, 69% des patients du groupe SOS versus 17% du groupe C habitaient avec un conjoint ou membre de la famille. Cette variable s'est avérée significativement associée aux résultats obtenus à 3 et 6 mois mais pas à ceux obtenus au suivi de 12 mois.	
20	**Kemp et al. 2007**	N = 19 SM: TMG SUB : non spécifié TI : 4-6 séances SUS C : tr. usuel SM	• plus grande réduction de la fréquence de la consommation d'alcool (F = 4.718, p < 0.05) et drogues (F = 7.0, p < 0.05) à 6 mois pour TI que pour C. • p.d.s sur la quantité d'alcool et drogues consommée	• p.d.s sur les échelles de symptômes
		Autres résultats :	pas de différence sur qualité de vie	
21	**Madigan et al. 2013**	N = 88 SM: TMG SUB : cannabis	• p.d.s. entre TI et C sur la consommation de cannabis à la fin du traitement et au suivi de 9 mois	• p.d.s sur les symptômes positifs, négatifs ou dépressifs post ou au suivi de 9 mois • p.d.s sur le fonctionnement global post et au suivi de 9

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
		TI : 12 séances EM + TCC C : Tr. usuel SM		mois
		Autres résultats :	Qualité de vie plus élevée à la fin du traitement (z = -2.51, p = 0.01) et au suivi post-traitement de 9 mois (z = -1.96, p = 0.05) pour TI que pour C Pas différence sur insight et attitude envers traitement post et au suivi de 9 mois	
22	**Mangrum et al. 2006**	N = 216 SM:TMG SUB : non spécifié TI : ACT intégré, 1 an C : tr. parallèle SM et dépendance	Dimension non évaluée. Les résultats sont issus de banques de données administratives.	• réduction du taux d'hospitalisations de 12% à 3% après 12 mois pour TI versus augmentation de 7% à 11% pour ceux ayant reçu le traitement parallèle (khi-carré = 21.17, p = 0.0001) • réduction séjour hospitalier de 6 à 2 jours pour TI après 12 mois versus augmentation de 3 à 6 jours pour C (F = 4.34, p = 0.04)
		Autres résultats :	Taux d'arrestations réduit de 11% à 7% pour TI versus 11% à 10% pour C (Khi-carré = 4.34, p = 0.04)	
23	**Martino et al. 2006**	N = 44 SM: TMG SUB : opiacés, cannabis TI : 2 séances EM C : 2 entrevues psychiatriques	• p.d.s. entre les groupes TI et C sur les différentes mesures de consommation de substances psychoactives.	• P.d.s entre les 2 groupes sur la compliance à la médication
		Autres résultats :	Les évaluations ont été conduites 1, 2 et 3 mois après les 2 entrevues auprès de 38, 37 et 34 patients sur les 44 initialement recrutés Les auteurs rapportent une tendance pour un taux d'admission subséquent dans le programme plus élevé pour TI que C (79% versus 55%, p = 0.09). Parmi ceux admis ds le programme, pas de différence entre les 2 groupes sur le nombre de jours en traitement (19 jrs en moyenne dans les 2 groupes). Aucun participant n'était encore dans le programme au suivi de 3 mois.	
24	**Morrissey et al. 2005**	N = 2729 SM : TSPT SUB : non spécifié TI : 12–33 séances Trauma intégré C : tr. usuel ds la même	• p.d.s sur les mesures de consommation	• moins de symptômes traumatiques (taille d'effet = .16, IC : .07 à .26, p = < .001) et de symptômes de troubles mentaux (taille d'effet = .18, IC : .09 à .27, p < .001) après 12 mois pour TI que pour C lorsque les résultats des 9 centres sont regroupés (Variation importante des résultats d'un site à l'autre et ceux-

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
		région		ci étaient significatifs pour 4 centres seulement).
		Autres résultats :	Les analyses secondaires indiquent que les différences significatives sont observées davantage dans les centres offrant un haut niveau de counseling intégré individuel ou de groupe (interventions ciblant à la fois les problèmes de santé mentale, les traumas et les dépendances) que dans les centres avec une intégration au niveau des services (services diversifiés adressant l'une ou l'autre de ces éléments mais pas nécessairement intégrés au niveau des interventions cliniques.	
25	**Morse et al. 2006**	N = 196 SM :TMG SUB : mixtes TI : ACT intégré, 2 ans C : ACT régulier et tr. usuel SM	• P.d.s sur l'abus de substance entre les groupes ACT intégré, ACT régulier et le traitement usuel en santé mentale	• P.d.s entre les 3 groupes sur les différentes échelles de symptômes après 12 et 24 mois de traitement • coût des services externes et le coût total des soins internes et externes moins élevés pour ACT intégré et régulier que pour le traitement usuel mais p.d.s. entre les 2 groupes ACT
		Autres résultats :	Les patients du groupe ACT intégré et ACT régulier sont plus satisfaits de leur traitement et passe plus de temps en logement que ceux avec le traitement usuel en santé mentale mais p.d.s. entre les 2 groupes ACT.	
26	**Mueser et al. 2013**	N = 108 SM: TMG SUB : mixtes TI : 24-30 séances FIDD C : 6-8 séances psychoéducation	• P.d.s. entre les 2 groupes considérés dans leur ensemble • Effet différentiel selon le genre : moins de jours avec consommation d'alcool pour les hommes du groupe TI que pour ceux du groupe C (moyenne de 19.8 jours versus 34.7 jours sur 3 ans, (F = 5.05, p = 0.03) alors que tendance n.s. dans la direction inverse observée chez les femmes (34.0 jours versus 24.1 jours)	• plus grande réduction des symptômes psychiatriques en général (F = 3.79, p = .05, taille d'effet = 0.17) et des symptômes psychotiques (F = 7.10, p = .009, taille d'effet = 0.32) pour TI que pour C. • Différence plus marquée pour femmes que pour hommes (moyenne standardisée de 2.45 pour femmes versus 1.87 pour hommes). • Tendance n.s. pour meilleur fonctionnement global en faveur du TI (F = 2.95, p = .08)
		Autres résultats :	Les patients évalués au suivi de 3 ans (18 à 24 mois après la fin du traitement) étaient moins susceptibles d'avoir une dépendance aux opiacés (21% vs 49%), avaient un problème de consommation moins sévère et avaient consommé moins de jours dans les 6 mois précédant le début du traitement.	
27	**Oslin 2005**	N = 74 SM : dépression majeure SUB : alcool TI : naltrexone, sertraline, BRENDA	• P.d.s entre les deux groupes sur les différentes mesures de consommation ni sur % abstinents.	• P.d.s sur les échelles de symptômes et le % en rémission à la fin du traitement

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
		C. placebo + sertraline + BRENDA		
28	**Petersen et al. 2007**	N = 146 SM: tr. schizophréniques SUB : non spécifié TI: ACT enrichi, 2 ans C : tr. usuel SM	• moins de patients du groupe TI que du groupe C rencontrent les critères pour abus ou dépendance au suivi de18 à 24 mois après la fin du traitement (17% versus 21%, RV = 0.5, IC : 0.3 – 10, p = 0.05).	• plus grande réduction des symptômes négatifs pour TI que C (d de Cohen = 0.43, p < .001) et symptômes de désorganisation (d de Cohen = 0.20, p = 0.02) au suivi de18 à 24 mois après la fin du traitement • moins de jours hospitalisés pour TI que pour C (109 jrs versus 167 jrs; ES = 0.32, p = .05) au suivi de18 à 24 mois après la fin du traitement
29	**Petrakis et al. 2004**	N = 31 SM : tr. schizophréniques SUB : alcool TI : Naltrexone + TCC intégrée C : placebo + TCC intégrée	• moins de jours avec consommation d'alcool (F (1, 248) = 13.4, p < .0001) et de jours avec consommation excessive (F (1, 248) = 9.32, p = 0.003) pour TI que C • moins de symptômes de sevrage (F (11, 1) = 11.5, p = 0.001), plus grande réduction du désir de boire (F (11, 1) = 9.6, p = 0.002) et de l'intention de boire (F 911, 1) = 8.8, p = 0.003) selon le Tiffany Craving Questionnaire pour TI que C	• P.d.s sur les échelles de symptômes négatifs et positifs.
30	**Ries et al. 2004**	N = 41 SM: TMG SUB : mixtes TI : programme contingences C : tr. usuel SM	• plus grande réduction du nombre de semaines avec consommation d'alcool (F 91, 34) = 7.4, p <.01) et d'alcool et drogues (F (1, 34) = 5.26, p <.05) pour TI que pour C après 27 semaines de traitement	• Les taux d'hospitalisations, de visites à l'urgence et d'incarcération plus élevés pour TI que C au début de l'étude et pendant la durée de l'étude. On ne sait pas si la différence initiale a été contrôlée statistiquement.
		Autres résultats :	Meilleure gestion de leur argent pour les patients du groupe TI que pour groupe C (F (1,34) = 19.27, p.001)	

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
31	**Sacks et al. 2008**	N = 240 SM: symptômes dépressifs SUB : stimulants/opiacés TI : DART, intensif C : Tr. intensif dépendance	• p.d.s. entre les 2 groupes sur les différentes mesures de consommation et activités illégales tel qu'évalué par le GAIN	• moins de problèmes émotionnels et symptômes psychologiques au suivi 12 mois pour TI que pour C (β = 033, p < .001)
		Autres résultats :	16 jours de plus en logement sur 12 mois pour TI que pour C au suivi de 12 mois (β = 16.46, p = 0.04). p.d.s concernant l'emploi	
32	**Salloum et al. 2005**	N = 59 SM : tr. bipolaires SUB : alcool TI : Valproate + lithium + DDRC C: placebo + lithium + DDRC	• nombre de jours avec consommation excessive moins élevé TI que pour C (0.09 versus 0.19, t = 2.45, p = .02) après 24 semaines de traitement • nombre total de jours avec consommation excessive moins élevé TI que pour C (11.4 jours versus 18.4 jours, t = 2.05, p = .04) après 24 semaines de traitement • plus de temps avant la rechute pour TI que pour C (93 jours versus 62 jours, p =.04) après 24 semaines de traitement	• P.d.s entre les 2 groupes sur les échelles de symptômes de manie et de dépression.
33	**Santa Ana et al. 2007**	N = 101 SM: tr. humeur/anxieux SUB: mixtes TI : 2 séances EM C : 2 discussions groupe	• moins grande quantité d'alcool consommée un mois et 3 mois après le traitement pour TI que C (61 unités d'éthanol versus 256 unités; p = .01) et 3 mois (117 unités versus 262 unités, p = .04) • moins de jours avec consommation excessive au suivi de 1 mois (5 jours versus 14 jours, p=.001) et moins de jours avec consommation de drogues pour TI que C (5 jours versus 13 jours, p =.01) • % de patients avec consommation excessive moins élevé au suivi de 3 mois pour TI que pour C (34% versus 56%, p = .02)	Dimension non évaluée.

#	Auteurs Année	Classification selon le trouble mental, la dépendance et les modalités de traitement	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
34	**Schadé et al. 2005**	N = 96 SM: tr. anxieux SUB : alcool TI : TCC + tr. intensif dépendance C : Tr. intensif dépendance	• Taux de rechutes de 51% (n = 24) pour TI versus 55% (n = 27) pour C mais d.n.s. • taux d'abstinence de 38% (n = 18) pour TI et 27% (n = 13) pour C mais d.n.s au suivi de 32 semaines	• plus grande réduction des symptômes anxieux pour TI que pour C selon le Fear Questionnaire (p =.0005), le Symptom Checklist-90 (p = .04) et le Anxiety Discomfort Scale (p = .001) après 32 semaines. • seulement 43% des patients ont complété les 12 séances de TCC et 75% ont complété 9 des 12 séances.
35	**Weiss et al. 2007**	N = 62 SM: tr. bipolaires SUB : mixtes TI : 20 séances TCC intégrée C: 12 étapes	• Plus de jours sans alcool au suivi de 3 mois (Z = -5.41, p < .001), moins de jours avec consommation excessive (Z= -5.53, p < .001) et consommation moins sévère selon le Addiction Severity Index (Z = -3.88, p < .001) pour TI que pour C • moins de temps avant d'atteindre une période d'abstinence de 4 semaines (RR = 2.12, Z =2.23, p < .03)	• Plus grande réduction des symptômes de dépression (Z= 6.48, p < .001) et de manie (Z = 2.43, p < .05) au suivi de 3 mois pour le comparateur basé sur les 12 étapes que pour le TI • pas de différence significative sur la durée des épisodes

ACT : Assertive Community Treatment, **BTSAS** : Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness, **C** : comparateur**, DART** : Dual Assessment and Recovery Track, **DDP** : Dynamic Deconstructive Psychotherapy, **DDRC** : Dual Diagnosis Recovery Counseling, **DFST** : Dual Focus Schema Therapy, **EM** : entretien motivationnel, **FIDD** : Family Intervention for Dual Diagnosis, **IC** : Intervalles de confiance, **IDDT** : Integrated Dual Disorders Treatment, **LETS Act** : Life Enhancement Treatment for Substance Abuse, **p.d.s.** : pas de différence significative, **SM** : santé mentale, **SMART** : Self-Management and Recovery Training, **RRA** : réduction risque absolu, **RV** : ratio de vraisemblance, **SOS** : Start Over and Survive, **STAR** : Supportive Treatment for Addiction Recovery, **SUS** : Stop Using Stuff, **TARGET** : Trauma Affect Regulation Guide for Education and Therapy, **TC :** troubles concomitants, **TCC** : thérapie cognitive-comportementale, **TI** : traitement intégré**, TMG** : troubles mentaux graves.

Annexe C4

Tableau synthèse des traitements intégrés investigués et des résultats obtenus

#	1er Auteur année (N)	Type de service 1.2.1	Protocole adapté/ rigide 2.1.3	Niveau d'intégration 2.2.3	Format du TI	Interventions utilisées	Durée /Intensité du TI	Comparateur	Composition de l'échantillon		Effet consom-mation	Effet santé mentale	Autre effet	Obtention du résultat
									Trouble mental	Dépendance				
1	**Aubry** 2003 N = 56	TC	Très flexible	Programme	Groupe	EM + ACT	9 séances sur 9 mois	ACT régulier	Troubles mentaux graves	Mixtes	●	pds	●	Post traitement
2	**Baker** 2006 N = 130	SM	Très structuré	Interventions	Individuel	EM + TCC	10 séances sur 10 semaines	Tr. usuel SM + matériel éducatif sur substances	Troubles mentaux graves	Mixtes	pds	●		Suivi 3 mois
3	**Ball** 2007 N = 30	TC	Structuré mais flexible	Interventions	Individuel	Dual Focus Schema Therapy	28 séances sur 6 mois	12SFT	État-limite ou antisociale	Stimulants opiacés	pds	○	●	Post traitement
4	**Barrowclough** 2010 N = 327	SM	Très flexible	Interventions	Individuel	EM + TCC	26 séances sur 12 mois	Tr. usuel SM	Trouble schizophrénique	Non spécifiée	●	pds		Post traitement + suivi 12 mois
5	**Bellack** 2006 N = 175	SM Vétérans	Très structuré	Interventions	Groupe 4 à 6 personnes	BTSAS	48 séances sur 6 mois	STAR + Tr. usuel SM	Troubles mentaux graves	Stimulants opiacés	●	●	●	Post traitement
6	**Bonsack** 2011 N = 62	SM	Structuré mais flexible	Interventions	Individuel	EM	10 séances sur 5 mois	Tr. usuel SM	Trouble schizophrénique	Cannabis	●	pds		Post traitement + suivi 3 mois
7	**Brooks** 2003 N = 112	TC	Très flexible	Programme	Groupe	SMART	5 hrs par jour 5 jours par sem. sur 6 mois	Thérapie en 12 étapes adapté TC	Troubles mentaux graves	Mixtes	○	●	●	Post traitement
8	**Craig** 2008 N = 232	SM	Très flexible	Équipe	Individuel	Formation TC Gestion cas intégrée	18 mois	Gestion cas régulière	Trouble schizophrénique	Mixtes	pds	●	●	Post traitement
9	**Daughters** 2008 N = 44	RD	Très structuré	Interventions	Groupe 3 à 5 personnes	LETS Act + programme résidentiel en dépendance	8 séances sur 2 semaines	Programme résidentiel en dépendance	Trouble de l'humeur ou anxieux	Stimulants opiacés		●	●	Suivi 2 semaines
10	**Edwards** 2006 N = 47	SM	Structuré mais flexible	Interventions	Individuel	TCC intégrée + programme 1ère psychose	10 séances sur 3 mois	Psychoéducation + programme 1ère psychose	Trouble schizophrénique	Cannabis	pds	pds		

#	1er Auteur année (N)	Type de service 1.2.1	Protocole adapté/ rigide 2.1.3	Niveau d'intégration 2.2.3	Format du TI	Interventions utilisées	Durée /Intensité du TI	Comparateur	Composition de l'échantillon		Effet consom-mation	Effet santé mentale	Autre effet	Obtention du résultat
									Trouble mental	Dépendance				
11	**Essock** 2006 N = 198	SM	Très flexible	Équipe	Groupe et individuel	ACT intégré	3 ans	Gestion de cas intégrée	Troubles mentaux graves	Mixtes	○	●	pds	Post traitement
12	**Frisman** 2008 N = 213	RD	Très structuré	Interventions	Groupe unisexe	TARGET	8 séances sur 2 mois	Thérapie groupe en dépendance	Trouble stress post-traumatique	Non spécifiée	pds	pds		
13	**Glasner-Edwards** 2007 N = 148	TC Vétérans	Très structuré	Programme	Groupe	TCC intégrée	36 séances sur 6 mois	12SFT	Dépression majeure	Mixtes	○	○		Post traitement
14	**Gregory** 2008 N = 30	SM	Très flexible	Interventions	Individuel	DDP + tr. usuel SM	48 séances sur 12 – 18 mois	Tr. Usuel SM	État-limite	Alcool	●	●		Post traitement
15	**Hernandez-Avila** 2004 N = 41	SM	Info insuffisante	Interventions	Individuel	Nefazodone + Thérapie support en dépendance	8 séances sur 2 mois	Placebo + Thérapie support en dépendance	Dépression majeure	Alcool	●	pds	●	Post traitement
16	**Hien** 2004 N = 107	RD Femmes	Info Insuffisante	Interventions	Individuel	Seeking Safety	24 séances sur 3 mois	Prévention de la rechute	Trouble stress post-traumatique	Mixtes	pds	pds		
17	**Hjorthoj** 2013 N = 103	SM	Très flexible	Interventions	Individuel	CapOpus EM + TCC	28 séances sur 6 mois	Tr. usuel SM	Trouble schizophrénique	Cannabis	pds	pds	pds	
18	**James** 2004 N = 63	SM	Très structuré	Interventions	Groupe 6 pers.	EM + PR + RM	9 séances sur 6 semaines	Tr. usuel SM + 1 séance éducation SUB	Troubles mentaux graves	Non spécifiée	●	●		Suivi 3 mois
19	**Kavanagh** 2004 N = 25	SM	Très flexible	Interventions	Individuel	Start Over and Survive	3 heures sur 1 semaine	Tr. usuel interne SM	Trouble schizophrénique	Mixtes	●	Pas analysé		Suivi 12 mois
20	**Kemp** 2007 N = 19	SM pour jeunes	Structuré mais flexible	Équipe	Individuel	Stop Using Stuff	4 – 6 séances sur 6 semaines	Tr. usuel SM	Troubles mentaux graves	Non spécifiée	●	pds	pds	Suivi 6 mois
21	**Madigan** 2013 N = 88	2 SM 1 RD	Info Insuffisante	Interventions	Groupe 10 pers.	TCC + EM + programme 1ère psychose	12 séances sur 6 semaines	programme 1ère psychose	Troubles mentaux graves	Cannabis	pds	pds	●	Post traitement + suivi 9 mois

#	1er Auteur année (N)	Type de service 1.2.1	Protocole adapté/ rigide 2.1.3	Niveau d'intégration 2.2.3	Format du TI	Interventions utilisées	Durée /Intensité du TI	Comparateur	Composition de l'échantillon		Effet consom -mation	Effet santé mentale	Autre effet	Obtention du résultat
									Trouble mental	Dépendance				
22	**Mangrum** 2006 N = 216	TC	Très flexible	Programme	Individuel	ACT intégré	1 an	Tr. parallèle SM et RD	Troubles mentaux graves	Non spécifiée		●	●	Post traitement
23	**Martino** 2006 N = 44	SM	Structuré mais flexible	Équipe	Individuel	EM	2 séances sur 2 sem.	2 entrevues d'évaluation avec un psychiatre	Troubles mentaux graves	Opiaces cannabis	pds	pds		
24	**Morrissey** 2005 N = 2729	TC Femmes	Info insuffisante	Programme	Groupe	TI trauma (e.g. Seeking Safety) + programme TC	12 à 33 séances TI trauma + programme TC sur 12 mois	Soins offerts dans des centres de la même région	Trouble stress post-traumatique	Non spécifiée	pds	●		Post traitement
25	**Morse** 2006 N = 196	SM Sans abris	Très flexible	Équipe	Groupe et Individuel	ACT intégré	2 ans	ACT régulier Ou tr. usuel SM	Troubles mentaux graves	Mixtes	pds	pds	pds	
26	**Mueser** 2013 N = 108	SM	Structuré mais flexible	Interventions	Familial	Family Intervention for Dual Diagnosis	24 – 30 séances sur 12 mois	6 – 8 séances psychoéducation + tr. Usuel SM	Troubles mentaux graves	Mixtes	pds	●		Suivi 18 et 24 mois
27	**Oslin** 2005 N = 74	SM Vétérans	Très flexible	Interventions	Individuel	Nalterxone + Sertraline + BRENDA	6 séances sur 3 mois	Placebo + Sertraline + BRENDA	Dépression majeure	Alcool	pds	pds		
28	**Petersen** 2007 N = 146	SM	Très adapté	Équipe	Individuel	ACT enrichi	2 ans	Tr. usuel SM	Trouble schizophrénique	Non spécifiée	●	●		Évaluation 18 et 24 mois
29	**Petrakis** 2004 N = 31	SM Hommes	Très flexible	Interventions	Individuel	Naltrexone + TCC intégrée + tr. Usuel SM	12 séances TCC sur 3 mois	Placebo + TCC intégrée + tr. usuel SM	Trouble schizophrénique	Alcool	●	pds		Post traitement
30	**Ries** 2004 N = 41	SM	Très structuré	Interventions	Groupe et Individuel	Programme contingences + tr. Usuel SM	27 semaines	Mêmes activités sans contingences + tr. Usuel SM	Troubles mentaux graves	Mixtes	●	pds	●	Post traitement
31	**Sacks** 2008 N = 240	RD	Structuré mais flexible	Interventions	Groupe et Individuel	DART	3 hrs par jour 3 jrs par sem. sur 12 sem.	Programme RD régulier	Symptômes dépressifs	Stimulants opiacés	pds	●	●	Suivi 9 mois
32	**Salloum** 2005 N = 59	TC	Info insuffisante	Programme	Individuel	Valproate + lithium + Tr. Intégré DDRC	24 séances sur 3 mois	Placebo + Lithium + tr. Intégré DDRC	Trouble bipolaire	Alcool	●	pds		Post traitement

#	1er Auteur année (N)	Type de service 1.2.1	Protocole adapté/ rigide 2.1.3	Niveau d'intégration 2.2.3	Format du TI	Approches et interventions utilisées	Durée /Intensité du TI	Comparateur	Composition de l'échantillon		Effet consom-mation	Effet santé mentale	Autre effet	Obtention du résultat
									Trouble mental	Dépendance				
33	**Santa Ana** 2007 N = 101	TC	Structuré mais flexible	Interventions	Groupe	EM + programme TC	2 séances de 2 heures sur 2 semaines	2 discussions de groupe de 2 hrs sur 2 sem.	Trouble de l'humeur ou anxieux	Mixtes	●			Suivi 1 et 3 mois
34	**Schadé** 2005 N = 96	RD	Très structuré	traitement parallèle	Groupe et individuel	TCC + Programme résidentiel ou centre de jour dépendances	12 séances TCC + 25hrs RD/sem. sur 12 semaines + 10 sem. maintien	25hrs RD par sem. sur 12 sem. + maintien 10 sem.	Phobie sociale (95%) ou trouble panique	Alcool	pds	●		Suivi 9 mois
35	**Weiss** 2007 N = 62	SM	Très structuré	Interventions	Groupe 5 à 8 personnes	TCC intégrée + tr. Usuel SM	20 séances sur 20 semaines	Thérapie basée sur les 12 étapes + tr. Usuel SM	Trouble bipolaire	Mixtes	●	○		Suivi 3 mois

12SFT : 12-step Facilitation Therapy, **ACT** : Assertive Community Training, **BTSAS** : Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness, **DART** : Dual Asessment and Recovery Track, **DDRC** : Dual Diagnosis Recovery Counseling, **DDP** : Dynamic Deconstructive Psychotherapy, **EM** : entretien motivationnel, **LETS Act** : Life Enhancement Treatment for Substance Abuse, **pds** : pas de différence significative, **PR** : prévention de la rechute; **RM** : réduction des méfaits, **SM** : santé mentale, **SMART** : Self-Management and Recovery Training, **STAR** : Supportive Treatment for Addiction Recovery **TC** : troubles concomitants, **TCC** : thérapie cognitive comportementale, **TI** : traitement intégré, **Tr. Usuel SM** : traitement usuel en santé mentale.

Annexe C5

Description des traitements intégrés et comparateurs utilisés dans les études

#	Auteurs	Description des traitements intégrés et comparateurs
1	**Aubry et al., 2003**	**Type de service** : TC. Le service est spécialisé dans le traitement des TC du Centre de l'Association Canadienne de Santé Mentale à Ottawa. **Flexibilité** : Très flexible. Le traitement est organisé par phases et le patient change de phase à son propre rythme. **Niveau d'intégration** : Programme. Le service est spécialisé dans le traitement des TC et a développé un programme de formation sur les TC offert aux intervenants du milieu de la réadaptation en dépendances de la communauté. Les séances de traitement sont co-animées par un intervenant du centre en SM et un intervenant en réadaptation de la communauté. **Format d'administration** : Offert en groupe par des intervenants ayant reçu la formation sur les TC développée par les auteurs du programme. le TI est offert en externe. **Contenu** : Programme de prévention de la rechute basé sur les principes de la TCC, centré sur l'identification des éléments déclencheurs et stratégies visant à mieux gérer le désir de consommer et les rechutes. Modèle de traitement en 3 phases : 1) Phase de persuasion : le patient est engagé dans le traitement mais n'est pas encore convaincu de l'importance de réduire sa consommation de substances psychoactives, 2) Phase active : le patient tente de réduire sa consommation de substances psychoactives, 3) Prévention de la rechute : le patient a réduit ou arrêté sa consommation et tente de prévenir les rechutes. Il est à noter qu'aucun des patients n'avait atteint cette phase au moment où le programme a été évalué. **Type et intensité** : 9 séances échelonnées sur 9 mois (environ 1 par mois) administrées dans le cadre d'un programme de suivi intensif en santé mentale dans la communauté **Comparateur** : Programme de suivi intensif fourni par 2 centres de la même région.
2	**Baker et al., 2006**	**Type de service** : SM. Centre de recherche universitaire en santé mentale. **Flexibilité** : Très structuré. Traitement manualisé hautement structuré, signature d'un contrat spécifiant les attentes du patient et du thérapeute, liste de vérification de la fidélité au traitement complétée après chaque séance par le thérapeute, exclusion du patient après 3 absences, et contenu détaillé séance par séance. On mentionne toutefois que certains patients ont eu 1 ou 2 séances d'EM additionnelles avant d'entamer les séances de TCC. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le TI est offert en format individuel par des psychologues formés et supervisés par l'auteur de l'étude. Le TI est offert au centre de recherche, clinique externe ou domicile du patient. **Contenu** : Les séances d'EM sont basées sur les 4 principes de base de l'approche : Expression d'empathie, développement de la dissonance, résistance, et soutenir l'efficacité personnelle. Les séances de TCC couvrent les éléments suivants : rationnel de la TCC, le modèle cognitif expliquant la consommation problématique de substances et les symptômes psychotiques; les techniques de gestion plus efficaces de la consommation et des symptômes; l'identification des déclencheurs environnementaux et des croyances associés à la consommation de substances et à l'exacerbation des symptômes psychotiques; l'identification et l'évitement des situations à haut risque, et jeux de rôle sur les stratégies de coping.

		Type/intensité : 4 séances d'EM suivies de 6 séances de TCC avec accent sur la prévention de la rechute les 2 dernières séances. Le TI est juxtaposé au traitement usuel en SM. **Comparateur** : Traitement usuel en SM et remise de matériel éducatif sur les substances psychoactives au patient
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
3	**Ball, 2007** **Dual Focus Schema Therapy**	**Type de service** : TC. Le centre offre des services en santé mentale et en dépendance à des personnes itinérantes, incluant entre autres des services d'orientation et d'évaluation psychologique, de l'hébergement, de la désintoxication et de traitements en dépendance en centres de jour et externes, des programmes vocationnels et autres mais ceux-ci ne sont pas intégrés et fonctionnent de manière indépendante. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Traitement manualisé, séances filmées pour fins de supervision et évaluation indépendante de la fidélité au traitement mais le contenu, le rythme et les objectifs sont déterminés par le patient. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement usuel. **Format d'administration** : Le TI est offert en format individuel en externe par des psychologues ayant reçu une formation de 3 jours et un cas de certification. **Contenu** : Traitement spécifiquement adapté pour les personnes avec un trouble de la personnalité borderline et antisociale. le DFST est basé sur les principes de la TCC et PR et cible les schémas cognitifs et styles de coping dysfonctionnels. Il débute avec une phase psychoéducative visant à : identifier les problèmes et patrons de vie actuels, initier l'abstinence, établir une forte alliance thérapeutique, et développer une compréhension détaillée du cas. Sur la base de cette analyse, chaque schéma cognitif est ciblé à l'aide des 4 stratégies suivantes: une stratégie cognitive, une stratégie comportementale, une stratégie expérientielle et une stratégie relationnelle. Lorsqu'indiqué, les thèmes suivants sont également adressés : la consommation de substances interférant avec la thérapie et autres formes d'évitement extrême, la transgression des limites, les souvenirs traumatiques intrusifs, les crises suicidaires et les comportements d'automutilation. **Type/intensité** : 28 séances de Dual Focus Schema Therapy à raison de 2 séances par semaine le premier mois et 1 séance par semaine les 5 mois suivants. Le DFST est offert en parallèle à un programme de maintien à la méthadone lequel inclut de 1 à 4 séances de groupe par mois. **Comparateur** : Le 12-step facilitation therapy (12SFT). Le 12SFT cible le problème de dépendance comme trouble primaire et a pour objectif principal de faciliter l'abstinence et le développement d'un style de vie et réseau social sobre.
4	**Barrowclough et al., 2010**	**Type de service** : SM. Centres nationaux de santé mentale. **Flexibilité** = Très flexible. Manuel de traitement portant sur les principes et interventions conformes aux approches thérapeutiques préconisées tout en respectant le rythme du patient. Le traitement est suffisamment flexible pour permettre au thérapeute d'adresser d'autres problèmes d'intérêt pour le patient lorsque celui ne considère pas sa consommation de substances psychoactives comme problématique. Les séances sont filmées pour fins de supervision et évaluation indépendante de la qualité et fidélité aux principes des deux approches plutôt qu'en regard du contenu du traitement. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Administré en format individuel au domicile du patient ou en clinique externe par des psychologues, infirmières cliniciennes et travailleur social formés en TCC et expérimentés à travailler avec des patients souffrant de psychoses. Ces thérapeutes ont reçu une formation de 3 mois en

		EM et TCC. **Contenu** : Le traitement est construit en 2 phases. La première phase « motivation building » vise à engager le patient et à explorer et résoudre son ambivalence à changer sa consommation en utilisant les habiletés et principes de l'entretien motivationnel. La deuxième phase « Action » vise à soutenir et à faciliter le changement en utilisant des techniques cognitives-comportementales pour abus de substances et la psychose. Celles-ci portent entre autres sur l'identification des situations à haut risque et signes précurseurs d'une rechute, le développement d'habiletés et stratégies de coping pour faire face au manque et au désir de consommer, l'adoption d'habitudes de vie alternatives à la consommation, et la normalisation et prévention de la rechute. **Type/intensité** : 26 séances EM + TCC échelonnées sur une période de 12 mois combinées au traitement usuel en SM. **Comparateur** : Traitement usuel en santé mental.
5	**Bellack et al., 2006** **TI : BTSAS** **C : STAR**	**Type de service** : SM. Services de santé mentale de centres médicaux pour Vétérans. **Flexibilité** : Très Structuré. Traitement manualisé hautement structuré : contenu détaillé séance par séance et celles-ci se déroulent toujours selon la même séquence. Les séances sont filmées pour fins de supervision et évaluation indépendante de la fidélité au traitement. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : TI offert en petits groupes de 4 à 6 participants, en externe, par des professionnels de la santé (niveau maîtrise) formés à l'administration du programme. Les participants ont également droit à 3 séances individuelles. **Contenu** : LE TI Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness – BTSAS est un programme d'apprentissage social comprenant de l'EM, de l'entraînement aux habiletés sociales et un programme de contingences. Même si l'abstinence est le but souhaité, le traitement est basé sur une approche de réduction des méfaits où chaque progrès est renforcé et l'usage intermittent de substances non puni. Le traitement est composé de 6 éléments : 1) entretien motivationnel, 2) contrat de contingences aux résultats des tests d'urine, 3) établissement d'objectifs réalistes à court terme, 4) entraînement aux habiletés sociales pour résister aux pressions sociales pour consommer, 5) éducation sur les dangers de la consommation de substances psychoactives pour les personnes avec des troubles mentaux graves, 6) stratégies de coping et de prévention de la rechute. Chaque séance débute avec un test d'urine et la divulgation des résultats. Les participants avec un test négatif reçoivent du renforcement social de la part des thérapeutes et des membres du groupe ainsi qu'un montant d'argent variant entre $1.50 et $3.50. Pour ceux ayant obtenus un test positif, une discussion est conduite sur les facteurs situationnels ayant contribué à la consommation et les stratégies de coping à utiliser dans le futur. **Type/intensité** : 48 séances de BTSAS à raison de 2 séances par semaine pendant 6 mois. **Comparateur** : Le Supportive Treatment for Addiction Recovery – STAR est aussi offert sur une base régulière par le service de SM. Le STAR est guidé par manuel mais son contenu est adapté au rythme des patients qui décident du thème à aborder lors de la séance. Le groupe procure du soutien et de l'encouragement et un lieu où les personnes peuvent parler de leurs problèmes de consommation et partager leurs sentiments en toute sécurité sans être jugés. Des échantillons d'urine sont collectés à chaque séance mais aucune rétroaction systématique sur les résultats n'est fournie.
6	**Bonsack et al., 2011**	**Type de service** : SM. Département de psychiatrie universitaire. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Les éléments à couvrir lors des séances sont détaillés séance par séance dans un protocole de traitement mais celui-ci est administré de façon flexible selon le rythme du patient ce pourquoi le nombre de séances est variable. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Offert en format individuel en externe par des psychologues spécifiquement formés à l'EM et supervisés par un psychiatre. Les

		patients ont la possibilité de participer à 3 séances de groupe d'une heure axées sur le partage d'expériences. **Contenu** : Le contenu est spécifiquement adapté pour les consommateurs de cannabis (3 joints et plus/sem.) ayant un trouble du spectre schizophrénique. Le but du traitement est de réduire les conséquences dommageables liées à la consommation de cannabis. Les principaux éléments de l'EM ont été adaptés à cette clientèle en mettant un accent particulier sur l'exploration des interactions entre les symptômes du trouble mental et la consommation et effets du cannabis. Les séances d'EM sont structurées à l'aide du Decisionnal Balance Grid et ont été adaptées pour accommoder les déficits cognitifs et perturbations de la pensée souvent présents chez cette clientèle en ayant recours entre autres à des stratégies de répétition, l'usage de matériel verbal et visuel concret, un langage simple et concis, des reflets plus fréquents et suffisamment de temps pour que le patient puisse y répondre, l'utilisation de métaphores concrètes ainsi que des résumés fréquents. De la rétroaction verbale et écrite est transmise par les thérapeutes en EM au clinicien traitant après les 2 premières séances. **Type/intensité** : 4 à 6 séances d'EM offertes en parallèle au traitement usuel en SM + 1 séance de maintien par mois pendant 4 mois. **Comparateur** : Tr. usuel en SM comprenant un suivi psychiatrique par une équipe composée minimalement d'un psychiatre, une infirmière en psychiatrie ou un psychologue, de la médication, un accès à des activités de réadaptation dans la communauté ou en centre de jour, et des contacts régulier avec l'équipe traitante, counseling et psychoéducation standard sur les substances psychoactives.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
7	**Brooks et Penn, 2003** **SMART**	**Type de service** : TC. Centre spécialisé en TC offrant des services externes intensifs et internes **Flexibilité** : Très flexible. Le traitement est manualisé mais n'est pas détaillé séance par séance et porte davantage sur l'approche thérapeutique que sur le contenu des séances. Les rechutes ne conduisent pas à l'expulsion du programme et les patients peuvent quitter et réintégrer le programme sans être pénalisés. **Niveau d'intégration** : Programme. Le centre offre des services entièrement intégrés et basés sur des données probantes et incluent entre autres, une unité de désintoxication, thérapies de groupe et individuelles, psychoéducation familiale, et groupes d'entraide animés par des pairs. Le centre collabore avec des partenaires de la communauté. **Format d'administration** : Offert en format de groupe par des intervenants avec un baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines formés à l'administration du programme et supervisés par des consultants. Le chargé de projet et l'investigateur principal de l'étude. **Contenu** : Le traitement SMART- Self-Management and Recovery Training a été développé en 1994 par un organisme d'entraide communautaire désireux d'offrir une alternative au traitement en 12 étapes des AA. Le SMART est basé sur les principes de la thérapie cognitive développée par Albert Ellis, le « Rational Emotive Behavioral Therapy » voulant que la façon que l'on pense et perçoit détermine en grande partie ce que l'on ressent de même que nos agissements. Les intervenants utilisent une approche accueillante centrée sur le client et non confrontante. Les séances de groupe sont structurées et mettent l'accent autant sur les problèmes de santé mentale que sur les problèmes de consommation. Les thèmes couverts incluent la gestion de la maladie mentale, la prévention de la rechute, l'établissement d'objectifs, l'apprentissage d'habiletés de survie, des devoirs écrits, et la planification des weekends. Une journée semaine st consacrée à des activités récréatives saines comme alternatives à la consommation. Le programme inclut également des activités comme aller faire l'épicerie, la préparation de menus, et de l'éducation sur la maladie mentale et l'abus de substances. Les patients assistent également à des groupes d'entraide SMART offerts dans la communauté sur une base régulière. **Type/intensité** : Le SMART est un programme externe intensif offert à raison de 5 heures par jour, 5 jours par semaine, pendant 6 mois. Les 6 mois ne sont pas nécessairement consécutifs puisque les patients peuvent quitter et réintégrer le programme. Le patient est considéré avoir complété le programme après 26 semaines de traitement et un minimum de 3 jours semaine. **Comparateur** : Le traitement en 12 étapes adapté par le mouvement des AA pour les personnes avec des TC a été utilisé comme comparateur dans cette étude. Il s'agit donc de deux traitements intégrés avec deux philosophies de traitement différentes. Ce traitement est basé sur le modèle de la maladie, les

		12 étapes et les 12 traditions des AA. Comme pour le SMART, les intervenants utilisent une approche accueillante centrée sur le client et non confrontante en conservant toutefois l'accent sur les concepts-clés des AA, soit le déni, la nécessité d'accepter son impuissance et une force supérieure.
8	**Craig et al., 2008**	**Type de service** : SM. Centres communautaires de santé mentale. **Flexibilité** : Très flexible. La formation est guidée par manuel mais le traitement est non structuré et adapté aux besoins et niveau de motivation du patient. **Niveau d'intégration** : Équipe. Intégration via l'intégration au sein de l'équipe traitante d'intervenants avec une formation sur les troubles concomitants. **Format d'administration** : Programme de formation pour gestionnaires de cas. La formation est donnée en groupe mais les patients sont suivis en individuel dans la communauté. Les 2/3 des gestionnaires de cas ont une formation en soins infirmiers et le tiers une formation universitaire de 2^{e} cycle et compte dans 60% des cas plus de 5 ans d'expérience auprès de patients avec un TMG. Environ le tiers aurait déjà reçu une formation sur la consommation de substances psychoactives. **Contenu** : La formation sur les troubles concomitants est basée sur l'entretien motivationnel et stratégies cognitives-comportementales selon les 4 phases du changement en EM : 1) l'engagement, 2) le développement de la motivation, 3) le traitement actif, 4) prévention de la rechute. La formation inclut des informations de base sur la consommation d'alcool et drogues (signes et symptômes, effets, patrons de consommation, etc), l'évaluation détaillée, les stratégies motivationnelles, la gestion de la résistance, la résolution de problèmes, les options thérapeutiques, la prévention de la rechute et des jeux de rôles. Les techniques ont été modifiées pour les personnes avec un TMG en mettant l'accent sur une introduction simple et claire au début de chaque séance de thérapie, la répétition, le recours à des paraphrases et du matériel écrit, et des rappels fréquents des éléments discutés. La formation est offerte à raison d'une journée par semaine pendant 5 semaines et est basée sur un manuel. **Type/intensité** : La formation donnée aux gestionnaires de cas est d'une durée de 5 jours à raison d'une journée par semaine. Les gestionnaires de cas reçoivent une supervision hebdomadaire de la part du formateur pendant les 18 mois de l'étude. **Comparateur** : Les gestionnaires de cas du groupe témoin ne reçoivent aucune formation en dépendance ou supervision particulière. Les patients avec des problèmes de consommation sérieux sont généralement référés à un service en dépendance indépendant.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
9	**Daughters et al., 2008** **LETS Act**	**Type de service** : RD. Centre résidentiel de réadaptation en dépendance de l'Armée du Salut de 132 lits. **Flexibilité** : Très structuré. Traitement manualisé avec contenu et déroulement détaillés séance par séance. Évaluation de la fidélité au traitement par le superviseur après chaque séance et évaluation indépendante sur 20% des enregistrements audio. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le TI est offert à l'interne, en petits groupes de 3 à 5 participants, par deux étudiants au doctorat en psychologie formés à l'administration du programme, supervisés et observés pendant les 2 semaines de traitement par un psychologue expérimenté. **Contenu** : Le TI est spécifique à la dépression et adapté aux particularités de la clientèle de consommateurs de substances illicites chroniques traités à l'interne. Le protocole de traitement LETS Act - Life Enhancement Treatment for Substance Abuse est basé sur une thérapie comportementale pour la dépression empiriquement validée « Behavioral Activation Treatment for Depression ». La thérapie met l'accent sur l'augmentation d'activités plaisantes, le monitorage des symptômes dépressifs, la relaxation musculaire, le support social, l'expression des émotions, établissement d'objectifs de vie, gestion du stress, réduction de l'évitement, contrôle des symptômes et saines habitudes de vie. La thérapie a été adaptée pour accommoder les besoins et le style de vie de la clientèle traitée à l'interne. Le vocabulaire du manuel a été simplifié afin d'être plus compréhensible pour des personnes avec une éducation limitée et des déficits cognitifs causés par la consommation de substances psychoactives. Les concepts de la thérapie et les fiches pratiques jugés trop

		complexes ont été éliminés, modifiés ou substitués par d'autres fiches. Le patient débute généralement le programme LETS Act deux semaines après son arrivée au centre. Les patients doivent avoir un test d'urine négatif pour être admis au centre et des tests d'urine sont effectués sur une base régulière. Un test d'urine positif entraîne l'expulsion immédiate du patient. Le programme de réadaptation offert par le centre inclut une participation aux séances de groupe offertes du lundi au jeudi de 9 :00h à 20 :00h au cours desquelles des thèmes tels que la prévention de la rechute, la gestion de la colère et du stress, l'analyse fonctionnelle, et la spiritualité sont explorés, et diverses habiletés de vie enseignées. Les résidents assistent également à tous les jours à des rencontres de groupe des Alcooliques/Narcotiques Anonymes. Les vendredis sont consacrés au ménage du centre et les weekends aux visites, activités récréatives et au temps libre. Les patients sont autorisés à sortir du centre uniquement pour des activités liées au traitement (rendez-vous médicaux, retraites de groupe). **Type/intensité** : 6 séances de 30 à 60 minutes de thérapie comportementale pour la dépression offertes sur une période de 2 semaines et suivies de séances de maintien de 30 minutes pendant les 2 semaines suivantes. Le TI est administré dans le cadre d'un programme résidentiel en cure fermée d'une durée de 2 à 6 mois. **Comparateur** : Les patients du groupe témoin reçoivent uniquement le traitement résidentiel en dépendance mais sont évalués avec les mêmes instruments de mesure et au même moment que les patients qui reçoivent le traitement pour la dépression.
10	**Edwards et al., 2006**	**Type de service** : SM. Centre de traitement et prévention précoce de la psychose. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Traitement manualisé avec une présentation power point standardisée pour guider chacune des séances individuelles bien que le focus de l'intervention soit déterminé par le niveau d'engagement du patient à changer. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : TI offert en format individuel TI en externe par des psychologues formés en TCC. **Contenu** : Le TI est basé sur une approche cognitive-comportementale de réduction des méfaits spécifiquement développée pour des patients avec un trouble psychotique et un problème d'abus ou de dépendance au cannabis. Le traitement inclut de la psychoéducation sur le cannabis et la psychose, de l'EM, l'établissement d'objectifs et des stratégies pour les atteindre, et des discussions sur la prévention de la rechute. Le programme pour premier épisode psychotique comprend de la gestion de cas, un suivi psychiatrique, de la médication, accès à une équipe mobile de traitement, collaboration avec la famille, des programmes de groupes et une clinique de rétablissement prolongé. **Type/intensité** : 10 séances de TCC pour dépendances de 20 à 60 minutes offertes sur une période de 3 mois dans le cadre d'un programme pour premier épisode psychotique pour jeunes âgés de 15 à 29 ans **Comparateur** : Les patients du groupe témoin reçoivent le programme régulier pour premier épisode psychotique et 10 séances de psychoéducation traditionnelle en dépendance. La psychoéducation est donnée par les mêmes psychologues qui administrent le TI.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
11	**Essock et al., 2006**	**Type de service** : SM. Centres de santé mentale. **Flexibilité** : Très flexible. Traitement entièrement adapté aux besoins des patients. **Niveau d'intégration** : Équipe. Intégration via le recours à une équipe multidisciplinaire dédiée aux patients avec des TC. **Format d'administration** : TI offert en externe par une équipe multidisciplinaire. Les intervenants sont formés et supervisés dans une approche de

		traitement intégré. **Contenu** : Le programme de suivi intensif intégré se caractérise par la capacité des membres de l'équipe traitante à adresser directement les problèmes d'abus de substances, le recours à un modèle de traitement des TC par phases, entretien motivationnel individuel, thérapie de groupe et équipe traitante dédiée uniquement aux patients avec des TC. **Type/intensité** : Programme de suivi intensif dans la communauté ACT intégré de 3 ans **Comparateur** : Programme de gestion de cas régulier
12	**Frisman et al., 2008** **TARGET**	**Type de service** : RD. Centres communautaires de réadaptation en dépendances offrant des traitements d'intensité variée. **Flexibilité** : Très structuré. Le traitement est guidé par un manuel et le matériel à couvrir est détaillé séance par séance. La fidélité au traitement est évaluée après chaque séance à l'aide d'une liste de vérification. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le traitement est offert en externe en format de groupe composé uniquement de femmes ou d'hommes par des intervenants en dépendances ayant reçu une formation de 2 jours et une supervision hebdomadaire sur le programme. Les groupes sont co-animés par un intervenant du centre et un étudiant gradué en psychologie membre de l'équipe de recherche. **Contenu** : Le programme TARGET - *Trauma Affect Regulation Guide for Education and Therapy* est spécifiquement développé pour des personnes avec un trouble de stress post-traumatique. Il comprend de la psychoéducation sur les impacts d'un traumatisme sur le cerveau et la réponse physiologique au stress ainsi que l'apprentissage séquentiel de 7 habiletés d'autorégulation visant à rééquilibrer le système de réponse au stress. Ces habiletés sont représentées par l'acronyme FREEDOM : 1) *Focusing, 2) Recognizing stress triggers, 3) Emotion identification, 4) Evaluating cognitions, 5) Defining personal goals, making choices with 6) Options grounded in personal strengths, and 7) Making a contribution to restore a sense of hope, faith, and purpose in the wake of trauma and post-traumatic disorder.* Les participants apprennent à maîtriser ces habiletés via des jeux de rôle et rédaction d'un narratif de vie incluant une variété d'expériences, incluant les expériences traumatiques. **Type/intensité** = 8 à 9 séances hebdomadaires de thérapie TARGET **Comparateur** : Les patients du groupe témoin reçoivent de la thérapie de groupe régulière. Les intervenants en dépendances reçoivent une formation de 3 heures et de la documentation sur les traumas (symptômes, problèmes associés et interférence avec le traitement pour dépendances). Ces informations pouvaient être partagées de façon informelle avec les patients dans les séances de thérapie de groupe.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
13	**Glasner-Edwards et al., 2007**	**Type de service** : TC. Clinique externe pour troubles concomitants d'un Centre hospitalier pour Vétérans **Flexibilité** : Très structuré. Traitement manualisé, le contenu et la structure des séances sont prédéfinis : un module sur les pensées, un module sur les activités et un module sur les personnes. La séance débute par une revue de l'agenda et thèmes de la semaine, suivie par un retour sur les exercices pratiques effectués au cours de la semaine, une présentation de matériel didactique et une pratique de l'habilité en groupe, et se termine par une explication des exercices pratiques à effectuer au cours de la prochaine semaine. Les thérapeutes sont formés et reçoivent supervision hebdomadaire par

		deux investigateurs de l'étude. La fidélité au traitement est évaluée à l'aide de vidéo et observation directe. **Niveau d'intégration** : Équipe. Intégration via le recours à une équipe multidisciplinaire dédiée aux patients avec des TC. **Format d'administration** : Administré en format de groupe par un psychologue sénior et un doctorant en psychologie. **Contenu** : traitement combinant des interventions cognitives comportementales pour la dépression et des stratégies de coping développées pour le traitement de l'alcoolisme. Le volet cognitif met l'accent sur l'identification des précurseurs contextuels, interpersonnels et intra personnels associés au désir de consommer et l'identification et la remise en question des pensées irrationnelles associées aux symptômes dépressifs et aux situations à haut risque de rechutes. Le volet comportemental met l'accent sur l'identification, la planification, et l'évaluation d'activités positives pour améliorer l'humeur et gérer les pressions à consommer. Le volet relationnel met l'accent sur l'affirmation de soi et la communication favorisant les interactions sociales positives et l'efficacité personnelle. **Type/intensité** : 36 séances administrées sur 24 semaines en 2 phases. La phase 1 compte 3 modules de 8 séances chacun offertes à raison de 2 séances semaine. La phase 2 compte 12 séances hebdomadaires au cours desquelles le matériel couvert lors de la phase 1 est revu de façon structurée. Tous les patients sont médicamentés pour la dépression. **Comparateur** : 12-step facilitation therapy. Le 12SFT met l'accent sur l'utilisation de stratégies comportementales spécifiques et l'évitement des situations à risque ainsi que sur la construction d'un réseau de support social sobre. Chaque séance couvre un thème spécifique, un retour sur les lectures (e.g., AA Big Book), du nouveau matériel didactique, une discussion sur les étapes du rétablissement incluant le recours à un sponsor et présence assidue aux meetings des AA.
14	**Gregory et al., 2008** **Dynamic Deconstructive Psychotherapy**	**Type de service** : SM. Département universitaire de psychiatrie **Flexibilité** : Très adapté. L'intervention est guidée par manuel et est structurée autour de 4 phases thématiques caractérisées par des activités thérapeutiques et patrons relationnels spécifiques mais le contenu de chaque séance n'est pas établi à l'avance. D'orientation psychodynamique, le traitement est de nature non directive et dépourvue de jugement de valeur. **Niveau d'intégration** : Interventions. Adaptation de l'approche et interventions usuelles à la clientèle avec des troubles concomitants. **Format d'administration** : TI offert en externe en format individuel par 5 résidents en psychiatrie et un psychiatre sénior, investigateur principal de l'étude, également responsables de la supervision des résidents. **Contenu** : Le *Dynamic Deconstructive Psychotherapy* est adapté aux particularités des personnes présentant un trouble de la personnalité état-limite et une dépendance à l'alcool. Il vise à remédier à certains déficits neurocognitifs incluant une perturbation des associations entre les capacités expérientielles affectives, la mémoire, et les capacités d'attribution verbale et symbolique. Ces déficits se manifestent par une difficulté à identifier et à verbaliser des émotions spécifiques; par des narratifs incohérents d'expériences interpersonnelles; par un système d'attribution instable, polarisé et pauvrement ancré dans la réalité; par des patrons d'attachement idéalisés ainsi que par le recours à des comportements compensatoires mésadaptés tel que l'abus de substances. L'abus de substance est adressé en analysant les antécédents, conséquences et émotions associés au contexte relationnel de la consommation. **Type/intensité** = 48 séances individuelles sur 12 à 18 mois **Comparateur** : Les patients sont référés à un centre de réadaptation pour l'alcoolisme avec une liste de noms de psychiatres et thérapeutes offrant des services dans la communauté. Les patients déjà suivis par un psychothérapeute étaient autorisés à poursuivre leur traitement.

#	Auteurs	Description des traitements intégrés et comparateurs
15	**Hernandez-Avila et al., 2004**	**Type de service** : SM. Département universitaire de psychiatrie **Flexibilité** : Information insuffisante, la psychothérapie de soutien guidée est guidée par manuel mais aucun détail n'est fourni. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : TI offert en externe. Le patient se rend au centre une fois par semaine pour recevoir sa médication et séance de psychothérapie individuelle. **Contenu** : Le TI cible spécifiquement la dépression majeure et la dépendance à l'alcool. Aucune information sur le contenu n'est fournie. **Type/intensité** : 10 semaines de Nefazodone combinées à 8 séances de psychothérapie de soutien pour dépendance **Comparateur** : placebo combiné à 8 séances de psychothérapie de soutien pour dépendance
16	**Hien et al., 2004** **Seeking Safety**	**Type de service** : RD. Centre de traitement et recherche sur la santé des femmes, spécialisé dans le traitement des dépendances **Flexibilité** : Information insuffisante, les 2 traitements sont manualisés mais aucun détail n'est fourni. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : TI offert en externe en format individuel par des étudiants au doctorat avec une maîtrise clinique formés et certifiés selon les critères établis dans les manuels de traitement Seeking Safety ou de prévention de la rechute. **Contenu** : Seeking Safety est un traitement spécifiquement développé pour des personnes avec un trouble de stress post-traumatique. Cette thérapie cognitive-comportementale porte spécifiquement sur le lien entre le trauma, les symptômes du trouble de stress post-traumatique et l'abus de substances psychoactives. Chaque session porte sur un thème différent dont voici quelques exemples : *1) Taking back your power, 2) Commitment, 3) When substances control you, 4) Red and green flags, 5) Honesty, 6) Integrating the split self, 7) Recovery thinking, 8) Discovery, 9) Healing form anger, 10) Grounding, 11) Creating meaning, 12) Life choices, 13) Game, 14) Healthy relationships.* **Type/intensité** : 24 séances offertes à une fréquence de 2 séances par semaine pendant 12 semaines. **Comparateur** : un groupe traité avec un programme de TCC de prévention de la rechute adressant uniquement le problème de dépendance et un autre groupe référé à des ressources dans la communauté.
17	**Hjorthoj et al., 2013**	**Type de service** : SM. Centre hospitalier universitaire en santé mentale **Flexibilité** : Très flexible. Le traitement est manualisé mais adapté au rythme du patient **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le TI est offert en clinique externe ou au domicile du patient en format individuel par un psychologue, un étudiant gradué en psychologie et un thérapeute occupationnel formés et expérimentés en entretien motivationnel et TCC. **Contenu** : Le traitement cible l'usage du cannabis et les jeunes patients avec une psychose. Il est basé sur le même modèle que Barrowclough et débute avec des séances d'entretien motivationnel suivies de séances de thérapie cognitive-comportementale avec un retour à l'EM lorsque requis. Le traitement

		met l'accent sur l'analyse des avantages et désavantages à consommer et l'enseignement d'habiletés personnelles à faire face aux situations qui déclenchent l'envie de consommer. **Type/intensité** : 6 mois de CapOpus avec 1 à 2 séances par semaine le premier mois selon la volonté du patient et 1 séance par semaine les 5 mois suivants. **Comparateur** : Traitement usuel en santé mentale

#	Auteurs	Description des traitements intégrés et comparateurs
18	**James et al., 2004**	**Type de service :** SM. Centres de services en santé mentale **Flexibilité** : Très structuré. Le traitement est manualisé et le contenu est détaillé séance par séance. Il est de plus offert en format de groupe et un nombre limité et fixe de séances. La fidélité au traitement est assurée par une « adhésion stricte au manuel » et le recours à un des auteurs du manuel comme co-facilitateur. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le TI est offert à des patients hospitalisés et des patients suivis en externe en format de groupe composé de 6 participants et 2 facilitateurs. **Contenu** : Le programme est manualisé et basé sur le soutien du groupe de pairs, des stratégies d'entretien motivationnel, la réduction des méfaits, et la prévention de la rechute. Le programme couvre 6 thèmes dans la séquence suivante : 1) psychoéducation sur l'usage de substances et la santé mentale, 2) raisons de la consommation, 3) raisons pour changer, 4) stratégies de réduction des méfaits, 5) gestion des situations à haut-risque et affirmation de soi, 6) planifier le futur. **Type/intensité** : Le programme comprend 6 séances de 90 minutes combinées aux soins usuels en santé mentale. **Comparateur** : Les patients du groupe témoin ont eu 1 séance d'information d'une heure sur les conséquences de la consommation sur l'abus de substances psychoactives en plus des soins usuels en santé mentale incluent un gestionnaire de cas, services externes standard, centre de jour, et ressources résidentielles
19	**Kavanagh et al., 2004** **SOS**	**Type de service** : SM. Centre universitaire en santé mentale. **Flexibilité** : Très flexible. Le traitement est manualisé mais le nombre et la durée des séances sont adaptées à l'état du patient. Le nombre de séances varie généralement entre 6 et 9 et leur durée entre 2 à 10 minutes au début. Le traitement d'une durée totale de 3 heures est généralement complété sur une période de 7 à 10 jours. Les objectifs du traitement sont déterminés par le patient et sa motivation à changer. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le traitement est offert à l'interne en format individuel par des thérapeutes formés à l'aide du manuel et supervisés par les auteurs du programme.

		Contenu : Le traitement Start Over and Survive est une version abrégée d'un traitement similaire de plus longue durée basé sur une série de cas et de nombreuses consultations sur les besoins de cette clientèle et la façon d'y répondre. Le TI est centré sur la réduction de la consommation et des méfaits qui y sont associés dans le contexte de la psychose. Un résumé des séances est transmis au patient sous forme de dépliants personnalisés qu'il peut utiliser par la suite comme manuel d'auto-traitement. Les séances portent sur des cibles de changement établies par le patient, un plan spécifique pour les situations à risque ainsi que sur des stratégies de résolution de problèmes. L'accent est mis sur les 3 stratégies suivantes : 1) éviter ou se retirer des situations à très haut risque, 2) augmenter les activités plaisantes et les activités alternatives à la consommation de substances, et 3) engager l'entourage dans l'accompagnement et le renforcement du changement. **Type/intensité** : Le traitement est d'une durée totale de 3 heures réparties sur 6 à 9 séances et 7 à 10 jours selon la capacité du patient. **Comparateur** : Traitement usuel en santé mentale comprenant de la pharmacothérapie, accès à des programmes offerts à l'interne et suivi psychiatrique de gestion de cas ou consultations avec omnipraticiens
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
20	**Kemp et al., 2007** **SUS**	**Type de service** : SM. Centre de santé mentale pour jeunes et adolescents. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Le traitement est manualisé et structuré autour des étapes du changement. Le fait que le nombre de séances varie de 4 à 6 suggère une certaine flexibilité dans l'administration du traitement. Aucune mention sur la fidélité au traitement. **Niveau d'intégration** : Équipe. Intégration d'un clinicien spécialisé dans les dépendances au sein de l'équipe traitante **Format d'administration** : Le TI est offert en externe en format individuel. Aucune information sur les personnes qui administrent le traitement. **Contenu** : Stop Using Stuff est une intervention cognitive comportementale brève pour premiers épisodes psychotiques et abus ou dépendances à l'alcool ou au cannabis. Le traitement est basé sur une approche de réduction des méfaits et combine de l'EM et des interventions comportementales pour abus de substances. Le traitement est structuré en 5 stades : 1) orientation et engagement, 2) persuasion, 3) action, 4) maintenance et 5) prévention de la rechute. **Type/intensité** : 4 à 6 séances d'une heure combinées au traitement usuel en santé mentale sur 6 semaines **Comparateur** : traitement usuel en santé mentale comprenant de la médication, un suivi intensif dans la communauté, accès à de la psychoéducation offerte en format de groupe, individuel, et familial.
21	**Madigan et al., 2013**	**Type de service** : SM\RD : 2 Centres de santé mentale et un centre de réadaptation en dépendance **Flexibilité** : Information insuffisante **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel **Format d'administration** : Le TI est offert par un psychologue spécialisé en TCC en groupe de 10 patients hospitalisés ou suivis en externe dans le cadre d'un programme en SM pour premier épisode psychotique **Contenu** : Traitement combinant de la thérapie cognitive-comportementale et de l'entretien motivationnel spécifiquement développé pour les personnes avec des psychoses et une dépendance au cannabis. Le traitement est structuré selon les phases et principes de l'entretien motivationnel : *1) Entry, 2) Committment, 3) Goal setting, 4) Challenges, 5) Relapse prevention and lifestyle, 6) Maintenance, and 7) Exit.* **Type/intensité** : Traitement de 12 séances hebdomadaires d'une heure + 1 booster session après 6 semaines **Comparateur** : programme SM pour premier épisode psychotique

22	**Mangrum et al., 2006**	**Type de service** : TC : Services spécialisés dans le traitement des TC. **Flexibilité** : Très flexible. Programme ACT intégré entièrement adapté aux besoins du patient **Niveau d'intégration** : Programme. Intégration au niveau du programme conçu pour et desservant uniquement une clientèle avec TC **Format d'administration** : Traitement offert en externe sur une base individuelle par une équipe traitante composée de cliniciens en santé mentale et en dépendances **Type/intensité** : Programme ACT intégré offert sur 12 mois **Contenu** : Le programme est basé sur 9 principes du Integrated Dual Disorder Treatment – IDDT développé par Drake aux É-U : 1. Encourager les patients à s'engager dans le traitement incluant leur procurer des services in vivo et de l'assistance concrète dans diverses sphères de leur vie; 2. Monitorage serré favorisant la compliance au traitement incluant des contacts fréquents avec les cliniciens, supervision dans des situations de vie, tests de dopage, etc; 3. Intégration d'interventions en santé mentale et dépendance de manière concurrente et coordonnée; 4. Traitement exhaustif adressant un large éventail d'habiletés, activités, interactions et soutien; 5. Stabilisation des conditions de vie du patient afin d'assurer un milieu de vie sécuritaire, exempt d'alcool et drogues, du soutien social positive et camaraderie; 6. Flexibilité et spécialisation parmi les cliniciens dans l'acquisition de nouvelles croyances, compétences et approches thérapeutiques appropriées pour le traitement des patients avec des TC; 7. Traitement adapté à la phase d'engagement du patient dans le traitement (engagement, persuasion, traitement actif, prévention de la rechute); 8. Perspective longitudinale où le traitement est offert en continu plutôt que sur une base épisodique; 9. Perspective optimisme quant aux résultats du traitement et l'augmentation de la motivation du patient en cours de traitement. **Comparateur** : Traitements traditionnels en santé mentale et en dépendance offerts en parallèle par 2 cliniques indépendantes
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
23	**Martino et al., 2006**	**Type de service** : SM. Centre hospitalier universitaire en santé mentale. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Traitement manualisé avec un contenu détaillé pour chaque séance et évaluation de la fidélité au traitement mais porte sur le respect de l'approche plutôt que sur un contenu spécifique **Niveau d'intégration** : Équipe. Intégration via le recours à une équipe traitante composée de cliniciens spécialisés dans le traitement des TC **Format d'administration** : TI offert en externe en format individuel **Contenu** : La première séance d'entretien motivationnel est consacrée à l'exploration du trouble concomitant du patient et à des activités de balance décisionnelle afin de développer la motivation à changer. À la deuxième séance, le thérapeute donne de la rétroaction personnalisée sur le problème du patient et développe les objectifs de changement avec lui. **Type/intensité** : Deux séances d'entretien motivationnel d'une heure à une semaine d'intervalle. Ces séances sont préliminaires à l'accès à un programme spécialisé dans le traitement des TC **Comparateur** : Deux entrevues psychiatriques structurées. À la 1ère séance, le thérapeute effectue une évaluation d'admission standard (données démographiques, problèmes présentés, histoire de traitements, état mental). À la 2ème séance, le thérapeute fournit une description détaillée du

		programme et fait compléter un formulaire sur sa condition médicale au patient. Le thérapeute utilise un ton d'expert et prescriptif et contrôle la direction de l'entrevue pour formuler le diagnostic et le plan de traitement.
24	**Morrissey et al., 2005**	**Type de service** : TC. 9 centres offrant des services spécialisés aux personnes avec des TC et traumas. **Flexibilité** : Information insuffisante. **Niveau d'intégration** : Programme. Intégration au niveau du programme via une offre de service intégrée pour TC et des équipes multidisciplinaires **Format d'administration** : Le TI est offert en format de groupe dans le cadre de services externes ou résidentiels **Contenu** : Les 9 centres collaborateurs devaient présenter une offre de services similaire pour femmes victimes de trauma, incluant le recours à un traitement manualisé offert en groupe ciblant spécifiquement les troubles de stress postraumatique et les dépendances tel que Seeking Safety. Outre le recours à un traitement intégré manualisé, les centres devaient offrir les services suivants : 1. Programme de services complet, incluant : évaluation, intervention de crise, counseling spécifique au trauma, traitement offert en continu, entraînement aux habiletés parentales, coordination des ressources, activités de proximité et de sensibilisation dans la communauté; 2. Personnel sensibilisé au traumatisme vécu par les femmes (« trauma-informed »); 3. Des femmes avec des antécédents similaires sont impliquées dans la dispensation des services. **Type/intensité** : Les séances de TI varient entre 1 et 2 heures et entre 12 à 33 séances selon le site. **Comparateur** : soins usuels offerts dans la même région que le centre.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
25	**Morse et al., 2006**	**Type de service** : SM. Centres de services en santé mentale. **Flexibilité du TI** : Très flexible. Les intervenants sont formés selon les principes du suivi intensif mais le traitement sur l'abus de substances n'est pas manualisé et entièrement adapté aux besoins du patient. **Niveau d'intégration** : Équipe. Intégration via l'inclusion d'un spécialiste en dépendance au sein de l'équipe traitante **Format d'administration du TI** : Le TI est offert à des patients dans la communauté, en centre de jour ou ressources résidentielles en format individuel et de groupe. **Contenu** : Le programme ACT intégré dans le cadre duquel les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives sont adressés par l'intervenant spécialisé en dépendance. **Type/intensité** : Programme ACT intégré offert sur une période de 2 ans. Les séances individuelles sont offertes selon les besoins du patient et les séances de groupe offertes aux 2 semaines. **Comparateur** : Programme ACT standard. Les patients avec des problèmes de consommation sont référés à des ressources en dépendance et aux AA.
26	**Mueser et al., 2013**	**Type de service** : SM. Centres hospitaliers en santé mentale.

		Flexibilité : Structuré mais flexible. Traitement manualisé. Le déroulement des séances est structuré en fonction d'une séquence précise (agenda de la séance, retour sur les devoirs de la semaine, matériel éducatif, jeux de rôle, et résolution de problèmes) mais le contenu est déterminé par le patient et ses proches. Les thérapeutes sont supervisés et évalués sur une base hebdomadaire. L'évaluation porte sur le respect des principes de l'approche et la compétence de l'intervenant dans l'utilisation des techniques. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement usuel **Format d'administration** : Le traitement s'adresse à la famille et est offert par des psychologues en externe. **Contenu** : Le programme Family Intervention for Dual Diagnosis est une adaptation du modèle de thérapie comportementale familiale pour troubles mentaux graves à la clientèle avec TC. Le traitement vise à réduire les tensions familiales et le stress pouvant exacerber les symptômes psychiatriques ainsi qu'à améliorer la capacité de la famille à gérer les problèmes de consommation du patient. Les interventions utilisées incluent l'entretien motivationnel, la résolution de problèmes, des méthodes d'apprentissage social, et des habiletés de communication, et s'appuient sur les stades du changement. Le traitement consiste à établir une relation thérapeutique avec la famille, à fournir de l'information sur les substances psychoactives dans le but de les motiver à travailler cet aspect avec le patient, à réduire la consommation de substances du patient, et éventuellement à s'en abstenir, et à prévenir les rechutes. **Type/intensité** : 24 à 30 séances de FIDD offertes sur une période de 9 à 18 mois. Les séances sont dispensées sur une base hebdomadaire les 6 premiers mois, aux 2 semaines pendant les 6 mois suivants et sur une base mensuelle les 6 derniers mois. **Comparateur** : 6 à 8 séances de psychoéducation familiale échelonné sur une période e 2 à 3 mois. Le matériel éducatif sur l'abus de substances fournit aux familles est le même que celui fournit dans le cadre du programme FIDD. Les patients des deux groupes continuent à recevoir leur traitement usuel en santé mentale.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
27	**Oslin, 2005**	**Type de service** : SM. Centre de recherche universitaire en santé mentale pour Vétérans. **Flexibilité** : Très flexible. Les principes de la thérapie BRENDA sont documentés dans un manuel mais le contenu des séances n'est pas prescrit. Les séances sont brèves et axées sur le soutien. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le TI est offert en externe, en format individuel par une infirmière. **Contenu** : Le traitement cible spécifiquement la dépression majeure et la dépendance à l'alcool. Le naltrexone est un médicament approuvé par la FDA pour le traitement de l'alcoolisme. Celui-ci est combiné avec de la Sertraline un antidépresseur (Sertraline) et la thérapie de soutien BRENDA. L'acronyme BRENDA découle des six étapes d'une thérapie de soutien manualisée visant à favoriser l'abstinence et la compliance au traitement (compliance-enhancement therapy). Les 6 étapes sont 1) Biopsychosocial evaluation, 2) Report to the patient, 3) Empathetic approach, 4) Needs assessment, 5) Direct advice to the patient, et 6) Assessment of progress. Même si l'abstinence est l'objectif poursuivi, la réduction de la consommation est encouragée vers l'atteinte de cet objectif. Chaque séance met l'accent sur les progrès faits pour réduire la consommation d'alcool et améliorer la dépression. **Type/intensité** : La pharmacothérapie est administrée sur une période de 12 semaines. Les séances de thérapie BRENDA sont d'une durée de 20 à 30 minutes et sont offertes une fois par semaine les 8 premières semaines et aux 2 semaines les 4 dernières semaines.

		Comparateur : Les patients du groupe témoin reçoivent un placebo combiné à de la sertraline et à la thérapie BRENDA.
28	**Petersen et al., 2007**	**Type de service** : SM. Centres de services en santé mentale. **Flexibilité** : Très flexible. Entièrement basé sur les besoins du patient et pas sur un protocole de traitement. **Niveau d'intégration** : Équipe**.** Intégration via le recours à une équipe traitante multidisciplinaire, composée d'un psychiatre, une infirmière clinicienne, un psychologue, un travailleur social et un thérapeute occupationnel, spécialisée dans le traitement des troubles concomitants. **Format d'administration** : Le TI est offert en format individuel en externe ou au domicile du patient **Contenu** : Dans le cadre du programme OPUS, l'abus de substances est adressé directement par les membres de l'équipe à l'aide d'interventions adaptées aux phases du traitement, tels que l'entraînement aux habiletés sociales, du counseling individuel, de la psychoéducation, et de la résolution de problèmes et de conflits. **Type/intensité** : Programme de suivi intensif dans la communauté ACT intégré offert sur une période de 2 ans. **Comparateur** : Traitement usuel en santé mentale
29	**Petrakis et al., 2004**	**Type de service** : SM. Département universitaire de psychiatrie. **Flexibilité** : Très flexible. Entièrement adapté aux besoins du patient. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement usuel **Format d'administration** : Le TI est offert en externe, en format individuel, par un clinicien avec une formation de 2ème cycle **Contenu** : Le traitement cible spécifiquement les patients avec un trouble schizophrénique et une dépendance à l'alcool. Il combine du Naltrexone, des séances hebdomadaires de TCC et le traitement usuel en santé mentale, lequel inclut la médication régulière du patient. Les séances de thérapie sont basées sur un traitement cognitif comportemental de prévention de la rechute pour abus de substances et l'entrainement aux habiletés sociales et aux habiletés de vie. L'abstinence est un objectif fortement encouragé mais pas obligatoire. **Type/intensité** : La pharmacothérapie est administrée sur une période de 12 semaines ainsi que les séances de TCC offertes à raison d'une heure semaine. **Comparateur** : Placebo combiné à de la TCC et traitement usuel en santé mentale.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
30	**Ries et al., 2004**	**Type de service** : SM. Centre de santé mentale. **Flexibilité** : Très structuré. Protocole de contingences strict avec évaluation de la fidélité. **Niveau d'intégration** : Interventions. Le programme est adapté à la clientèle avec ces troubles mentaux graves et les contingences liées à la gestion financière de leur revenu d'aide sociale mensuel et à la consommation d'alcool. **Format d'administration** : Le TI est offert en externe, en format individuel et de groupe **Contenu** : Programme de contingences initié en réponse aux 3 constats suivants : 1) l'abus de substances a de nombreuses conséquences néfastes chez les individus avec des troubles mentaux graves (arrestations, hospitalisations, tentatives de suicide, abandon de traitement, etc.) et 2) les hospitalisations, admissions et diagnostics en lien avec l'usage de substances psychoactives, ainsi que les niveaux de concentration de cocaïne dans le sang, sont plus élevés

		au début du mois au moment où un nombre important de patients reçoivent leurs chèque d'aide sociale, 3) les admissions et niveaux de concentration de cocaïne dans le sang diminuent vers le milieu du mois lorsque les patients manquent d'argent pour s'en procurer. Le montant alloué au patient demeure le même mais la fréquence des versements est contingent aux résultats des tests d'urine, aux observations de l'intervenant, et aux rapports du patient et de son entourage. La fréquence des versements peut être de : 5 fois par semaine, une fois par semaine, une fois aux 2 semaines, ou une fois par mois. Le montant du versement peut être remis en partie ou en totalité en argent ou en bons d'achat selon la performance du patient. Les patients reçoivent également des messages les félicitant de leur sobriété ou les encourageant à persister dans leurs efforts. **Type/intensité** : Programme de contingences offert sur 27 semaines **Comparateur** : Les patients du groupe témoin reçoivent les mêmes montants et messages de la part du personnel mais ceux-ci ne sont pas contingents à leur consommation.
31	**Sacks et al., 2008** **DART**	**Type de service** : CR. Centre de réadaptation en dépendance. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Le traitement est guidé par manuel mais évaluation de la fidélité porte sur des thèmes généraux et sur l'intégrité de l'approche plutôt que sur le contenu **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement usuel **Format d'administration** : Le TI est offert sur une base externe en format individuel et de groupe **Contenu** : Le programme DART inclut du counseling individuel et de groupe, de la psychoéducation, de la prévention de la rechute, des stratégies de coping, de la responsabilisation de soi ainsi que le soutien du groupe de pairs. Le programme est guidé par un manuel et est basé sur une forte identification à la communauté thérapeutique et l'inclusion des 3 éléments suivants : 1. Un séminaire de psychoéducation visant à améliorer la compréhension du client de la maladie mentale, 2. Des interventions en dépendance « trauma-sensitive » pour aider les clients à discuter des enjeux liés à leur dépendance et rétablissement et à faire face à leurs traumatismes passés et actuels 3. gestion de cas pour TC et enseignement d'habiletés de gestion de cas **Type/intensité** : Le Dual Assessment and Recovery Track – DART est offert à raison de 3 heures par jour, 3 jours par semaine, pendant 12 semaines. **Comparateur** : programme de réadaptation en dépendance standard basé sur la communauté thérapeutique
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
32	**Salloum et al., 2005** **DDRC**	**Type de service** : TC. Unité médicale rattachée à un Institut psychiatrique universitaire. **Flexibilité** : Information insuffisante. Pas d'information sur le format et structure de la thérapie DDRC **Niveau d'intégration** : Programme. Intégration au niveau du programme et personnel de l'unité qui est spécialisée dans le traitement des TC **Format d'administration** : Le TI est offert en externe après l'obtention du congé de l'unité et est administré en format individuel **Contenu** : Traitement ciblant spécifiquement le trouble bipolaire et la dépendance à l'alcool. La thérapie Dual Diagnosis Recovery Counseling - DDRC est

		basée sur les principes de la psychoéducation et de la thérapie cognitive-comportementale et vise à : aider les patients à gérer le manque d'alcool et d'autres substances, à confronter les pensées négatives sur la maladie mentale ou le traitement, à développer une structure et des routines de vie, à identifier les signes précurseurs d'un épisode du trouble bipolaire et les situations à haut risque de rechutes, et à gérer les affects négatifs. L'importance du réseau de support social est soulignée et la participation aux groupes d'entraide des Alcooliques Anonymes, Dual Recovery Anonymous, et/ou groupes d'entraide pour le trouble bipolaire est fortement encouragée. **Type/intensité** : La médication, Valproate et lithium, est administrée pendant 24 semaines en combinaison avec 24 séances hebdomadaires de DDRC**.** **Comparateur** : Placebo et lithium et DDRC pendant 24 semaines.
33	**Santa Ana et al., 2007**	**Type de service** : TC. Centre hospitalier psychiatrique universitaire offrant des services à des personnes requérant une désintoxication médicale ou une stabilisation médicale pour une condition psychiatrique comorbide. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Traitement guidé par manuel. L'administration du contenu est relativement flexible bien que le nombre de séances soit limité à 2 **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement usuel **Format d'administration** : Le TI est offert à l'interne en format de groupe par l'auteur de l'étude, doctorante en psychologie formée à l'EM. **Contenu** : Les 2 séances d'EM portent sur le principe de « culture building » de l'EM visant à identifier les émotions communes expérimentées par rapport au traitement (peur, colère), discuter de l'ambivalence comme étant normale, et à poser des questions ouvertes pour encourager les membres à partager leurs opinons personnelles sur leur hospitalisations, en exprimant de l'empathie, en validant leurs choix personnels et leur autonomie, et à présenter les principes de base du groupe (collaboration, soutenir la confiance, éviter l'argumentation). Les séances sont offertes dans un format de type workshop et consistent à donner de la rétroaction à l'aide d'un graphique personnalisé faisant état du patron de consommation, des résultats des analyses de laboratoires, et à discuter des avantages et désavantages à changer sa consommation et à suivre le traitement après l'obtention du congé, ainsi que sur les obstacles et solutions envisagées. **Type/intensité** : Les 2 séances d'EM de 2 heures chacune sont combinées au traitement interne pour TC lequel inclut de la pharmacothérapie, des « morning community meeting », de la prévention de la rechute, entrainement aux habiletés sociales, des activités récréatives, des bilans journaliers de groupe, et des rencontres de groupe en soirée basées sur les principes des AA. **Comparateur** : 2 discussions de groupe non structurées construites autour de questions et thèmes rédigés de façon anonyme par les participants combinées au même traitement interne que le groupe expérimental.
#	**Auteurs**	**Description des traitements intégrés et comparateurs**
34	**Schadé et al., 2005**	**Type de service** : RD. Le traitement est offert à l'interne et en centre de jour par 3 centres de traitements de l'alcoolisme avec unité de désintoxication. **Flexibilité** : **Très structuré.** La TCC est basée sur un manuel de traitement détaillé avec contenu et déroulement standardisés. Le psychologue reçoit une supervision hebdomadaire et toutes les séances sont enregistrées sur bandes audio pour évaluation de la fidélité au traitement. **Niveau d'intégration** : Aucun. Le traitement pour les troubles anxieux est offert en parallèle par un psychologue à une clinique spécialisée externe dans le traitement de l'anxiété.

		Format d'administration : Le traitement pour les troubles anxieux est offert en externe, en format individuel et celui pour la dépendance à l'alcool en format de groupe à l'interne ou en centre de jour. **Contenu** : Le traitement cible spécifiquement les personnes avec une dépendance à l'alcool et une phobie sociale ou un trouble panique. Les séances de TCC individuelles offertes à la clinique d'anxiété sont basées principalement sur la restructuration cognitive avec comme thème central l'identification des pensées dysfonctionnelles associées à la consommation d'alcool et l'identification et exposition aux situations anxiogènes. Les séances de TCC sont données après la période de désintoxication et d'abstinence de 6 semaines au centre. Les patients qui le souhaitent peuvent également obtenir une prescription de fluvoxamine (150 mg par jour). Le traitement pour l'alcoolisme vise l'abstinence offert par le centre de RD, comprend de la psychoéducation, des stratégies de contrôle de soi (incluant de l'analyse fonctionnelle, des stratégies de coping alternatives et de l'auto-monitorage), de l'entraînement aux habiletés sociales, de techniques de communication, de résolution de problèmes et d'affirmation de soi) ainsi que du conditionnement aversif par imagerie mentale et prescription de disulfiram. **Type/intensité** : La durée totale du traitement est de 32 semaines. Le traitement pour les troubles anxieux comporte 12 séances hebdomadaires individuelles de TCC. Le traitement pour la dépendance à l'alcool est offert à l'interne ou en centre de jour à raison de 25 heures par semaine pendant 12 à 16 semaines. À la fin de leur réadaptation, les patients peuvent bénéficier d'un suivi hebdomadaire individuel jusqu'à la fin de la période de 32 semaines. Les séances de TCC sont offertes pendant les 6 dernières semaines du traitement pour l'alcoolisme et les 6 semaines de suivi individuel subséquentes. **Comparateur** : Traitement interne ou centre de jour pour la dépendance à l'alcool seulement
35	**Weiss et al., 2007**	**Type de service** : SM. Centre hospitalier psychiatrique **Flexibilité** : Très structuré. Traitement manualisé avec contenu détaillé par séances. Les thérapeutes reçoivent une supervision hebdomadaire et la fidélité au traitement est cotée par le superviseur à partir des bandes vidéos et d'une grille d'observation. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement usuel **Format d'administration** : Le TI est offert en externe, en format de groupe de 5 à 8 patients, par des thérapeutes avec plus de 3 ans d'expérience en psychiatrie et familier avec la clientèle avec des TC. **Contenu** : Le traitement est développé spécifiquement pour les patients avec un trouble bipolaire et une dépendance à l'alcool ou autre substance psychoactive Le traitement est basé sur le modèle cognitif-comportemental de prévention de la rechute et met l'accent sur les similitudes et interaction entre les rechutes et le processus de rétablissement du trouble bipolaire et de la dépendance. La prémisse de base est que les pensées et comportements qui favorisent le rétablissement d'un trouble favoriseront sans doute le rétablissement de l'autre trouble. L'accent et le contenu des séances sont mis sur l'interaction entre les 2 troubles. Comme par exemple : « Comment faire face à la dépression sans alcool et drogues ». **Type/intensité** : 20 séances hebdomadaires de TCC intégré **Comparateur** : Les patients du groupe témoin reçoivent 20 séances de counseling de groupe en dépendance basé sur la thérapie en 12 étapes. Le traitement est conçu de façon à s'apparenter aux traitements en dépendance offerts dans la communauté. Les objectifs poursuivis sont 1) l'abstinence, 2) le support mutuel et la participation au groupe AA, et 3) et l'apprentissage de nouvelles façon de gérer les problèmes associés à la consommation.

EM : entretien motivationnel, **PR** : prévention de la rechute, **RM** : réduction des méfaits, **TC** : troubles concomitants, **TCC** : thérapie cognitive-comportementale; **TI** : traitement intégré.

Annexe D1 – Mise à jour

Description et conclusions clés issues des 2 revues systématiques

Auteurs Année	Type de revue et cote AMSTAR	Objectif de la RS	Définition du traitement intégré (TI) selon les auteurs de la revue (niveau d'intégration)	Critères de sélection (PICOTS) des études	Nombre études/ patients
Wong 2014	Méta Analyse (ECR) 8/11	Évaluer l'efficacité des psychothérapies et pharmacothérapies intégrées ou concurrentes pour les personnes avec un trouble anxieux ou un TSPT et un trouble lié à l'usage de substances psychoactives	Le traitement est intégré lorsque des prestataires ou des équipes de prestataires administrent un traitement pour les deux troubles de façon concurrente. (services)	**P** : adultes avec un trouble d'anxiété ou TSPT et troubles liés substances psychoactives **I :** TI offert en centres spécialisés en toxicomanie et autres centres **C :** avec groupe témoin ou mesures avant-après **O :** abus substances, symptômes psychiatriques **T :** jusqu'en 2013 **S :** études américaines (autres non spécifié) de langue anglaise seulement	13 1500
Conclusion :		Effets modestes et statistiquement significatifs du TI comparativement aux soins usuels sur les symptômes psychiatriques. La taille de l'effet est petite mais significative (g = 0.32), IC : 0.08 à 0.56. Aucun effet significatif du TI sur la réduction de la consommation d'alcool ou de drogues en comparaison au traitement en dépendance seulement. Tendance suggérant que la psychothérapie combinée à la pharmacothérapie serait plus efficace que la psychothérapie seule pour réduire les symptômes d'anxiété et du TSPT.			
Lee et al. 2015	RS 6/11	Effectuer une revue systématique sur les options de traitement efficaces pour les personnes avec un trouble lié à l'usage de substances psychoactives et un trouble de personnalité état-limite.	Aucune définition n'est fournie dans la RS.	**P :** personnes avec trouble état-limite et troubles liés substances psychoactives **I :** Dialectic behavior therapy (DBT), Dynamic deconstructive psychotherapy (DDP), Dual-focused schema therapy (DFST) **C :** traitement usuel ou autre intervention non intégrée **O :** symptômes du trouble état-limite et consommation de substances **T :** 1999-2014 **S :** études quantitatives de langue anglaise	10 487
Conclusion :		Les traitements *DBT and DPP* ont montré des bénéfices additionnels au niveau de la réduction de la consommation et des comportements suicidaires ou d'automutilation. Le traitement DBT améliore aussi le fonctionnement global et social et semble particulièrement avantageux pour les femmes.			

ECR : Essai Clinique randomisé, **PICOTS** : *Population, Intervention, Comparator, Outcome, Timing, Study*, **RS** : revue systématique, **TC** : troubles concomitants, **TI** : traitement intégré, **TSPT** : trouble de stress post-traumatique.

Annexe D2 – Mise à jour

Caractéristiques méthodologiques des 7 études primaires retenues

#	Auteurs Année	Pays, Devis Qualité étude	Caractéristiques de l'échantillon	Troubles de santé mentale	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	Interventions
1	**Boden et al. 2011**	États-Unis ECR Bonne	N = 98 Âge : 54 ans Hommes : 100%	TSPT : 100%	Abus ou dépendance : • alcool seulement : 19% • drogues seulement ou drogues et alcool : 81%	**TI** : 24 séances de S*eeking Safety* de groupe sur 3 mois (2 fois semaine) + programme de réadaptation en dépendance • post traitement et suivi 3 mois **C :** programme de réadaptation en dépendance
2	**Foa et al. 2013**	États-Unis ECR Bonne	N = 165 vétérans Âge : 43 ans Hommes : 64%	TSPT: 100%	Dépendance alcool : 100%	**TI :** 18 séances individuelles de TCC + BRENDA + naltrexone • suivi post-traitement (6 mois) et suivi 6 mois **C1 :** 18 séances TCC + BRENDA + placebo **C2 :** 12 séances BRENDA + naltrexone **C3** : 12 séances BRENDA + placebo
3	**Mills et al. 2012**	Australie ECR Bonne	N = 103 Âge: 33 ans Hommes : 38% Non-caucasiens : 6%	TSPT: 100%	Dépendance : Alcool : 12% • Cannabis : 19% • Benzodiazepines : 16% • stimulants/opiacés : 53%	**TI** : 13 séances individuelles de COPE + tr. en dépendance dans la communauté • évaluation post-traitement + suivi 3 et 6 mois **C :** + traitement en dépendance dans la communauté
4	**Van Dam et al. 2013**	Pays-Bas ECR Moyenne	N = 34 Âge: 42 ans Hommes : 68%	TSPT : 62% Dépression : 32% Tr. anxieux : 35%	Abus sévère ou dépendance : • alcool : 44% • drogues : 56%	**TI** : 10 séances individuelles de thérapie par l'écriture + programme intensif de réadaptation en dépendance • évaluation mi et post-traitement + suivi 3 mois **C** : programme intensif de réadaptation en dépendance
5	**Kushner et al. 2013**	États-Unis ECR Bonne	N = 247 Âge : 39 ans Hommes : 60% Non-caucasiens : 22%	Anxiété généralisée : 39% Tr. de panique : 17% Phobie sociale : 45%	Dépendance à l'alcool : 100%	**TI** : 6 séances de groupe TCC-BDAC + programme résidentiel en dépendance (21jrs) • évaluation post-traitement et suivi 4 mois **C** : 6 séances relaxation musculaire + programme résidentiel en dépendance
6	**McGovern et al. 2011**	États-Unis ECR Bonne	N = 53 Âge : 37 ans Hommes : 43%	TSPT : 100%	Dépendance alcool ou drogues	**TI** : 12 à 14 séances individuelles de TCC intégrée + programme de réadaptation intensif en dépendance ou programme de maintien à la méthadone

			Non-caucasiens :43%			**C** : 12 à 14 séances thérapie de soutien + C + programme de réadaptation intensif en dépendance ou programme de maintien à la méthadone
7	**Sannibale et al. 2013**	Australie ECR Moyenne	N = 62 Âge : 41 ans Hommes : 47%	TSPT : 100%	Dépendance alcool : 95%	**TI** : 12 séances individuelles (90 mns) de TCC intégrée **C** : 12 séances de psychoéducation pour dépendance + thérapie de soutien

BDAC : *Breaking the Drinking and Alcool Connexion*, **C :** comparateur, **ECR** : essai clinique randomisé, **TCC :** thérapie cognitive-comportementale, **TI** : traitement intégré, **Tr.** : trouble**, TSPT :** trouble de stress posttraumatique.

Annexe D3 – Mise à jour

Résultats obtenus dans les 7 études primaires retenues

#	Auteurs Année	Composition de l'échantillon et traitements investigués	Résultats sur la consommation de substances psychoactives	Résultats sur les symptômes de santé mentale
1	**Boden et al. 2011**	N = 98 SM : TSPT SUB : mixtes TI : 24 séances *Seeking Safety* C: Tr. dépendance	• Réduction de la consommation de drogues ($p < 0.05$) de 31% supérieure pour le groupe TI comparé au groupe témoin au suivi de 3 mois. • Pas de différence significative sur la consommation d'alcool	• Pas de différence significative sur les symptômes du TSPT entre les 2 groupes post-test ou au suivi de 3 mois.
		Autres résultats :	Meilleure adhésion au traitement, participation plus active et plus grande satisfaction en lien avec les activités du programme pour le groupe TI. Pas d'effet modérateur du degré de satisfaction des clients sur la réduction des symptômes de TSPT et la consommation de drogues.	
2	**Foa et al. 2013**	N = 165 SM: TSPT SUB: alcool TI : 18 séances TCC + BRENDA + naltrexone C1 : TCC + BRENDA + placebo C2 : BRENDA + naltrexone C3 : BRENDA + placebo	• Réduction moyenne du pourcentage de jours sans alcool 8% supérieure chez les 2 groupes de patients avec naltrexone TI et C2 ($p = 0.008$) comparés aux 2 groupes avec placebo (C1 et C3) à la fin du traitement.	• Au suivi de 6 mois, 70% des patients du groupe TCC + BRENDA + naltrexone (TI) comparativement à 55% de ceux avec TCC + BRENDA + placebo (C1) présentaient une diminution cliniquement significative des symptômes du TSPT ($p = 0.02$).
3	**Mills et al. 2012**	N = 103 SM : TSPT SUB : mixtes TI : 13 séances COPE C : traitement dépendance	• Aucune différence significative sur la consommation de substances psychoactives (abstinence et nombre de classes de substances utilisées) entre les 2 groupes.	• Plus grande réduction du nombre de symptômes pour le groupe TI au suivi de 6 mois (- 16,09, IC 95% : −29,00 à −3,19). • La prévalence du diagnostic de TSPT au suivi de 6 mois moins élevée dans le groupe TI que le groupe témoin (56% vs 38 79%, RV = 0.32, IC 95% : 0.13 – 0.81).
4	**Van Dam et al. 2013**	N = 34 SM: TSPT/tr. anxieux SUB : Mixtes TI : 10 séances thérapie écriture + traitement intensif en dépendance C : traitement intensif en dépendance	• Pas de différence significative entre les deux groupes sur les taux d'abstinence et pourcentage de patients en rémission partielle ou complète de leur trouble d'abus ou de dépendance	• Taux de rémission du TSPT ($p < 0.05$) supérieur pour le groupe TI que pour le groupe témoin post traitement

5	**Kushner et al. 2013**	N = 247 SM: tr. anxieux SUB : alcool TI : 6 séances TCC-BDAC + traitement intensif dépendance C : 6 séances relaxation musculaire + traitement intensif dépendance	Au suivi de 4 mois, le groupe TI comparativement au groupe témoin : • Moins de patients avec consommation (41% vs 54%, p = 0.04, d de Cohen = .26, RV = 1.68, IC 95% : 1.01 – 2.78) ou avec consommation 3 jours consécutifs (38% vs 48%, p =0.05. d de Cohen = .25, RV = 1.78, IC = .99 – 3.20) • Moins de verres consommés par mois (28 verres vs 52 verres, p < 0.001, d de Cohen = .68, RV = 1.92, IC 95% : 1.49 – 2.48). • Moins de jours avec consommation par mois (2 jrs vs 3 jrs, p = 0.001, d de Cohen = .42, RV = 1.62, IC 95% : 1.21 – 2.18) • Moins de jours avec consommation excessive par mois (2 jrs vs 7 jrs, p < 0.001, d de Cohen = .48, RV = 1.76, IC 95% : 1.30 – 2.39).	• Pas de différence significative sur le niveau d'anxiété actuel (*State anxiety*) une fois les différences initiales contrôlées. • Niveau d'anxiété général des patients (*Trait Anxiety)* inférieur en moyenne au suivi de 4 mois pour TI que pour C (41.41 vs 44.43, F (1, 234) = 4.79, p = 0.03). • Pourcentage de patients avec un niveau d'anxiété général sous le seuil clinique plus élevé dans le groupe TI que C (54% vs 39% : d de Cohen = .29, RV = 1.78, IC 95% : 1.03, 3.09) au suivi de 4 mois
#	**Auteurs Année**	**Composition de l'échantillon et traitements investigués**	**Résultats sur la consommation de substances psychoactives**	**Résultats sur les symptômes de santé mentale**
		Autres résultats :	• Pourcentage de patients ayant complété le traitement plus élevé dans le groupe ayant reçu 6 séances de relaxation musculaire en plus du programme résidentiel régulier (86%) que dans le groupe de patients ayant reçu le TI (74%) (X^2 = 6.67, p = .01). • Les patients du groupe CBT-BDAC ont complété les exercices et devoirs entre les séances plus souvent que ceux du groupe comparaison (91% vs 81% : F (1, 325) = 26.29, p < .008) et ont fait preuve d'un plus grand enthousiasme (échelle Likert en 10-points : 9.0 vs 7.5: F (1, 325), = 116.2, p < .001) et compréhension (9.2 vs 8.2: F (1, 325) = 86.63, p <.001). • Les intervenants ont trouvé que les patients du groupe CBT-BDAC étaient plus coopératifs et motivés que ceux du groupe comparaison (échelle Likert en 4-points 3.5 vs 3.25: F (1, 325) = 26.29, p < .001).	
6	**McGovern et al. 2011**	N = 53 SM: TSPT SUB : mixtes TI :12 séances TCC intégrée + traitement intensif en dépendance C: traitement intensif en dépendance	Moins de jours avec consommation de drogues pour TI que C : • 16 jours versus 26 jours au suivi de 3 mois (p= 0.05) • 13 jours versus 26 jours au suivi de 6 mois (p = 0.05)	• Plus grande réduction des symptômes de ré-expérience du trauma pour TI que C au suivi de 3 mois (p = 0.01) et 6 mois (p = 0.01) • Plus grande réduction des symptômes d'hypervigilance pour TI que C au suivi de mois (p = 0.05) et 6 mois (p = 0.05) • Taille de l'effet estimée à 0.35 et de 0.40 respectivement
		Autres résultats :	Meilleure adhésion au traitement pour les patients du groupe témoin que pour TI (100% vs 70%). Les analyses secondaires suggèrent que le TI est particulièrement avantageux pour les patients qui présentent des symptômes sévères du TSPT.	

7	**Sannibale et al. 2013**	N = 62 SM: TSPT SUB : alcool TI : 12 séances TCC intégrée C: TCC pour dépendance	• Moins de verres consommés par jour pour le groupe témoin que pour le TI au suivi de 5 mois (6.71 versus 8,81, p = 0.048) • Plus de jours abstinents pour le groupe témoin que pour le TI post-traitement (61 jours versus 28 jours, p = 0.001) et au suivi de 9 mois (49 jours versus 28 jours, p = 0.001)	• Taux d'amélioration plus élevé parmi les patients du groupe TI que C (55% versus 32%, RV = 2.53, IC 95% : 1.27 - 5.04) au suivi de 5 mois
		Autres résultats :	Les analyses secondaires indiquent que les patients ayant reçu la TCC intégrée avec une composante d'exposition se sont davantage améliorés que ceux sans exposition.	

BDAC : *Breaking the Drinking and Alcool Connexion*, **C :** comparateur, **IC :** Intervalles de confiance**, RV** : ratio de vraisemblance**, SM :** santé mentale, **SUB** : substances **TCC :** thérapie cognitive-comportementale, **TI** : traitement intégré, **Tr.** : trouble**, TSPT :** trouble de stress posttraumatique.

Annexe D4 – Mise à jour

Tableau synthèse des traitements intégrés investigués et des résultats obtenus

#	1er Auteur année (N)	Type de service 1.2.1	Protocole adapté/ rigide 2.1.3	Niveau d'intégration 2.2.3	Format du TI	Interventions utilisées	Durée /Intensité du TI	Comparateur	Composition de l'échantillon		Effet consom-mation	Effet santé mentale	Autre effet	Obtention du résultat
									Trouble mental	Dépendance				
1	**Boden** 2011 N = 98	RD Vétérans	Structuré mais flexible	Programme	Groupe Individuel	Seeking Safety	24 séances sur 3 mois	Traitement en dépendance	TSPT	Mixtes	●	pds	●	Suivi 3 mois
2	**Foa** 2013 N = 165	SM Vétérans	Structuré mais flexible	Interventions	Individuel	TCC + BRENDA + naltrexone	18 séances sur 15 semaines	CI : TCC + BRENDA + placebo C2 : BRENDA + naltrexone C3 : BRENDA + placebo	TSPT	Alcool	●	●	pds	Post-traitement et suivi 6 mois
3	**Mills** 2012 N = 103	RD	Structuré mais flexible	Interventions	Individuel	COPE + tr. en dépendance	13 séances sur 6 mois	Traitement en dépendance	TSPT	Mixtes	pds	●		Suivi 6 mois
4	**Van Dam** 2013 N = 34	RD	Structuré mais flexible	Interventions	Individuel	Thérapie écriture + tr. intensif dépendance	10 séances sur 12 semaines	Traitement intensif en dépendance	TSPT / tr. anxieux	Mixtes	pds	●		Post-traitement
5	**Kushner** 2013 N = 247	RD	Très structuré	Interventions	Groupe	TCC-BDAC + tr. intensif en dépendance	6 séances d'une heure sur 2 semaines	Relaxation musculaire + traitement intensif en dépendance	Troubles anxieux	Alcool	●	●	●	Suivi de 4 mois
6	**McGovern** 2011 N = 53	RD	Structuré mais flexible	Interventions	Individuel	TCC intégrée + tr. intensif en dépendance	12 à 14 sessions de 50 minutes une fois semaine	Traitement intensif en dépendance	TSPT	Mixtes	●	●	●	Suivi 3 mois et 6 mois
7	**Sannibale** 2013 N = 62	Centre non spécialisé	Très structuré	Programme	Individuel	TCC intégrée	12 sessions individuelles de 90 minutes	TCC pour dépendance	TSPT	Alcool	○	●		Suivi 5 et 9 mois

BDAC : *Breaking the Drinking and Alcool Connexion*, **pds** : pas de différence significative, **RD** : service de réadaptation en dépendance, **SM** : service de santé mentale, **TCC :** thérapie cognitive comportementale, **TI** : traitement intégré, **TSPT** : Trouble de stress post-traumatique.

Annexe D5 – Mise à jour

Description des traitements intégrés et comparateurs utilisés dans les études

1	**Boden et al., 2011**	**Type de service** : RD. US Veterans Health Administration, Centre de traitement spécialisé dans le traitement des dépendances **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Les 2 traitements sont manualisés mais les thèmes sont au choix des participants. **Niveau d'intégration** : Programme. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement usuel. Les travailleurs sociaux sont formés à certaines interventions en santé mentale et ils travaillent avec les psychologues sous un même toit. **Format d'administration** : TI offert en externe en format individuel par des psychologues formés et certifiés au programme *Seeking Safety* ou de prévention de la rechute. **Contenu** : *Seeking Safety* est un traitement spécifiquement développé pour des personnes avec un trouble de stress post-traumatique. Cette thérapie cognitive-comportementale porte spécifiquement sur le lien entre le trauma, les symptômes du trouble de stress post-traumatique et l'abus de substances psychoactives. Chaque session porte sur un thème différent dont voici quelques exemples : *1) Taking back your power, 2) Commitment, 3) When substances control you, 4) Red and green flags, 5) Honesty, 6) Integrating the split self, 7) Recovery thinking, 8) Discovery, 9) Healing form anger, 10) Grounding, 11) Creating meaning, 12) Life choices, 13) Game, 14) Healthy relationships.* **Type/intensité** : 24 séances offertes à une fréquence de 2 séances par semaine pendant 12 semaines. **Comparateur** : Programme de réadaptation en dépendance.
2	**Foa et al., 2013**	**Type de service** : SM. Centre de recherche universitaire en santé mentale pour Vétérans spécialisé dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Traitement manualisé, séances filmées pour fins de supervision et évaluation indépendante de la fidélité au traitement mais le contenu, le rythme et les objectifs sont déterminés par le patient. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale ou en dépendances au traitement usuel. **Format d'administration** : Le TI est offert en externe, en format individuel par un psychologue. **Contenu** : La TCC intègre une composante d'exposition prolongée au trauma «*Trauma Focus* » via la visualisation de l'événement traumatique suivi d'une discussion. Les patients ont comme consigne de réécouter les enregistrements une fois à la maison et de s'exposer in vivo à des situations sans danger qu'ils évitent habituellement à cause de leur traumatisme. Le naltrexone est un médicament approuvé par la FDA pour le traitement de l'alcoolisme. La thérapie de soutien BRENDA découle des six étapes visant à favoriser l'abstinence et l'adhésion au traitement *(compliance-enhancement therapy).* Les 6 étapes sont : 1) *Biopsychosocial evaluation, 2) Report to the patient, 3) Empathetic approach, 4) Needs assessment, 5) Direct advice to the patient, et 6) Assessment of progress*.

		Type/intensité : La pharmacothérapie est administrée sur une période de 6 mois. La TCC est offerte à raison de 12 séances de 90 minutes par semaine. Les séances de thérapie BRENDA sont d'une durée de 20 à 30 minutes et sont offertes une fois par semaine les 8 premières semaines et aux 2 semaines les 4 dernières semaines. **Comparateur** : Les patients des groupes témoins reçoivent la TCC et la thérapie BRENDA combinées à un placebo ou la thérapie BRENDA combiné à un placebo ou le naltrexone.
3	**Mills et al., 2012**	**Type de service** : RD. Centre de réadaptation en dépendance. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Le traitement est guidé par un manuel et le matériel à couvrir est détaillé pour chaque séance. Toutes les entrevues sont enregistrées et les psychologues reçoivent de la formation continue et de la supervision hebdomadaire sur le programme. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison ou l'ajout d'interventions en santé mentale et en dépendance au traitement usuel. **Format d'administration** : Le programme est offert par 2 psychologues en individuel **Contenu** : Le programme COPE - *Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure* est spécifiquement développé pour des personnes avec un trouble de stress post-traumatique et de dépendance. Il comprend de la psychoéducation sur quatre thèmes principaux : 1) *Motivational enhancement and CBT for substance use, 2) Psychoeducation relating to both disorders and their interaction, 3) In vivo exposure, 4) Imaginal exposure and cognitive therapy for PTSD.* **Type/intensité** : 13 séances individuelles de 90 minutes + traitement en dépendance dans la communauté. **Comparateur** : traitement en dépendance dans la communauté
4	**Van Dam et al., 2013**	**Type de service** : RD. Centre de traitement en dépendance : *The Jellinek Substance Abuse Treatment Center.* **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Guidé par manuel contenant des consignes précises. La flexibilité réside dans le choix de deux sessions qui peuvent être alternées par les patients. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison d'interventions en santé mentale et en dépendance. **Format d'administration** : Le traitement est donné en format individuel par des thérapeutes possédant une maîtrise en psychologie clinique et une formation additionnelle en TCC. Les thérapeutes sont supervisés une fois semaine par l'auteur du programme. **Contenu** : L'intervention consiste en des séances d'écriture structurée de type trauma-focus visant à faire resurgir à la mémoire, l'événement traumatique et la douleur ressentie. L'intervention vise à encourager le souvenir cognitif de l'expérience et à le partager sur le plan social. Le programme est structuré en 3 phases : *1) selfconfrontation, 2) cognitive reappraisal and 3) sharing/farewell.* **Type/intensité** : 10 séances individuelles variant de 45 à 60 minutes combinées à un programme intensif de réadaptation en dépendance offert sur une période de 6 à 12 semaines à raison de 4 jours semaine. **Comparateur** : Le programme intensif de réadaptation en dépendance est basé sur les principes de la thérapie cognitive-comportementale. Le traitement

		est administré en groupe et inclut des stratégies pour contrer les abus d'alcool et de drogue et de la psychoéducation sur les signes et situations à haut risque et stratégies pour résister aux envies de consommer. Le programme inclut également de l'enseignement sur les habiletés sociales, de l'entretien motivationnel, de la relaxation et soutien du groupe.
5	**Kushner et al., 2013** **CBT-BDAC**	**Type de service** : RD. Centre de réadaptation en dépendance comptant 61 lits. **Flexibilité** : Très structuré. Traitement manualisé avec contenu détaillé par séances et présenté à l'aide de diapos. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via la combinaison d'interventions en santé mentale à un programme résidentiel en dépendance. **Format d'administration** : Le traitement est offert en interne, en format de groupe, suite à la journée de traitement en dépendance qui se termine habituellement à 15h. **Contenu** : Le CBT-BDAC « Breaking the Drinking and Anxiety Connection » est spécifiquement adapté à la clientèle présentant un trouble anxieux et une dépendance à l'alcool et vise à briser la connexion entre l'anxiété et la consommation d'alcool. Le traitement est séparé en trois domaines principaux : (1) pyschoéducation (2) restructuration cognitive (3) exposition/habituation répartis sur deux séances. La première se concentre exclusivement sur les symptômes d'anxiété tandis que la deuxième met l'accent sur l'association entre le sentiment d'anxiété et la consommation d'alcool et le désir d'en consommer. Le patient débute généralement le traitement une semaine après son arrivée au centre. Le programme résidentiel de réadaptation en dépendance est basé sur le modèle Minnesota lequel prône l'abstinence d'alcool à vie et est basé sur les principes de la philosophie des 12-étapes, incluant une participation fréquente aux meetings AA, la reconstruction des relations familiales, l'adoption d'habitudes de vie saines et une attention à la croissance spirituelle. **Type/intensité** : 6 séances de CBT-BDAC d'une heure offertes sur une période de 2 semaines. Le programme résidentiel de réadaptation en dépendance est d'une durée de 21 jours avec des séances de thérapies de groupe du lundi au vendredi de 8h00 à 15h00 par blocs de 60 à 90 minutes. **Comparateur** : Programme résidentiel de réadaptation en dépendance combiné à 6 séances de relaxation musculaire progressive.
6	**McGovern et al., 2011**	**Type de service** : RD. Services externes intensifs et de maintien à la méthadone. **Flexibilité** : Structuré mais flexible. Traitement manualisé avec contenu détaillé par séances. Supervision hebdomadaire au téléphone et une rencontre face-à-face par mois. Les séances sont enregistrées pour l'assurance-qualité. **Niveau d'intégration** : Interventions. Intégration au niveau clinique via l'inclusion d'une intervention en santé mentale à un programme résidentiel en dépendance. **Format d'administration** : La TCC intégrée est offerte en format individuel **Contenu** : La TCC intégrée comprend 8 modules distincts : (1) l'introduction au traitement (2) l'élaboration d'un plan contre les épisodes de crise et de rechute (3) contrôle de la respiration (4) les symptômes primaires du TSPT (5) les symptômes associés (6 et 7) la restructuration cognitive, et (8) entraînement à la généralisation et au maintien via l'alliance thérapeutique et l'application des éléments vus au cours de la thérapie. Les participants ont

		également un manuel contenant de l'information et des exercices pratiques à compléter entre les séances de traitement. **Type/intensité** : 12 à 14 sessions hebdomadaires de 45 à 50 minutes **Comparateur** : Thérapie de soutien en dépendance manualisée et offerte de manière individuelle. Le traitement comprend 5 grands modules : (1) initiation au traitement (2) une première vague d'abstinence (3) maintien de l'abstinence (4) convalescence (5) fin du programme et inclut aussi des exercices pratiques à faire entre les séances.
7	**Sannibale et al., 2013**	**Type de service** : Cliniques et hôpitaux généraux **Flexibilité** : Très structuré. Traitement manualisé avec contenu détaillé par séances. Chaque session est enregistrée. **Niveau d'intégration** : Programme. Les psychologues travaillent dans les deux disciplines d'une manière interchangeable et dans un même centre. **Format d'administration** : Le traitement est offert en format individuel. **Contenu** : La TCC intégrée avec exposition au trauma. Le participant doit fournir un récit des évènements traumatisants en prenant bien soin de le faire à la première personne et au présent avec un focus sur l'ensemble des réponses sensorielles et affectives que l'évènement a suscité. **Type/intensité** : 12 sessions individuelles de 90 minutes par semaine **Comparateur** : TCC manualisée axée uniquement sur la consommation d'alcool. Les objectifs poursuivis sont l'identification des pensées en rapport à l'alcool, comment se débrouiller avec l'urgence de consommer et la création d'un plan contre les rechutes.