

Article

« Le processus d'élaboration des lignes directrices pour de meilleures pratiques : l'exemple des troubles concomitants de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie »

Louise Nadeau

Santé mentale au Québec, vol. 28, n° 1, 2003, p. 37-53.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/006980ar>

DOI: 10.7202/006980ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca



Le processus d'élaboration des lignes directrices pour de meilleures pratiques : l'exemple des troubles concomitants de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie

Louise Nadeau*

Tout au long de 2001, une équipe de chercheurs et de cliniciens, soutenus par Santé Canada, ont développé des lignes directrices pour les meilleures pratiques relatives aux troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Cet article décrit tout d'abord l'importance des meilleures pratiques pour Santé Canada pour ensuite retracer le processus de recherche et de consultation qui a été suivi par l'équipe de rédaction. On espère que ces éléments méthodologiques pourront servir de référence pour le développement de meilleures pratiques pour d'autres problématiques en santé mentale. Cet article ne résumera pas le contenu des lignes directrices pour les meilleures pratiques qui sont l'objet de la monographie, si ce n'est pour illustrer par des exemples ce que l'on veut transmettre au lecteur¹.

À l'automne 1999, Santé Canada a fait un appel d'offre de 60 000 \$ pour la réalisation d'une étude sur les meilleures pratiques en matière de toxicomanie et de troubles mentaux associés. Le service de toxicomanie de ce ministère avait déjà publié une monographie sur les meilleures pratiques pour le traitement de la toxicomanie (Santé Canada, 1999) et cet appel d'offre s'inscrivait dans la suite de ce premier document. Brian Rush, de l'Unité de recherche et de consultation du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, a constitué une équipe afin de répondre à cet appel d'offres. Santé Canada exigeait une équipe de rédaction formée de chercheurs de plus d'une province. Brian Rush a fait part de son projet à mon équipe de recherche (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives Québec — le RISQ) qui avait une longue histoire de collaboration avec ce chercheur. Mes collègues ont jugé que ce travail correspondait aux axes de recherche de notre équipe et qu'il était important que le RISQ soit partie prenante d'un tel

* Professeur titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal.

Le lecteur peut aussi consulter le « Dossier : Les doubles diagnostics » du numéro thématique de *Santé mentale au Québec*, (XXVI, 2, 2001).

projet. Comme j'avais déjà travaillé des questions relatives à la cooccurrence de troubles mentaux chez les sujets toxicomanes (Nadeau et al., 1999 ; Racine et Nadeau, 1995), les regards se sont tournés vers moi. Je me suis jointe à l'équipe pour la rédaction de la demande de subvention. En janvier 2001, le contrat nous a été octroyé². L'équipe de rédaction était composée de Brian Rush, chercheur principal, de Paula Goering, Shelley McMain, Alan Osborne, tous du Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario, de Gary Roberts, du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et de l'auteure, de l'Université de Montréal et de l'équipe du RISQ. La coordonnatrice du projet, Raquel Shaw Moxam, a joué un rôle clé dans la réalisation du projet ainsi que les différents contractuels que nous avons engagés.

Santé Canada et le transfert de connaissances

Avant de définir le sens qu'ont pris les meilleures pratiques pour notre équipe, il me semble important de rappeler pourquoi Santé Canada a procédé un appel d'offres visant spécifiquement ce sujet. La démarche de Santé Canada est exemplaire, mais un exercice comparable à celle-ci aurait pu être fait pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La question du transfert de connaissances et des meilleures pratiques a pris une place importante pour de nombreuses agences gouvernementales responsables de la santé. Ainsi, comme bailleur de fonds d'organismes subventionnaires de recherche, Santé Canada souhaite que les données générées par les travaux de recherche en santé soient transformées en pratiques cliniques fondées sur des données probantes et, comme partenaire des provinces dans le financement du système de santé, Santé Canada souhaite que l'organisation de services et le traitement des patients soient efficaces. Les « meilleures pratiques » peuvent en effet être conceptualisées, au sens le plus noble (et le plus politique) du terme, comme un exercice visant à maintenir et à améliorer la santé des Canadiens, la mission de Santé Canada. De fait, cet appel d'offres pour le traitement des troubles concomitants de la santé mentale et de la toxicomanie faisait partie d'un plan plus global de développement de meilleures pratiques dans tous les secteurs de la santé, visant toutes les catégories de troubles qu'ils soient liés aux systèmes cardiovasculaire, respiratoire, musculo-squelettique, etc. Il faut cependant avoir en mémoire que, dans la constitution canadienne, ce sont les provinces qui sont responsables de dispenser les services de santé et que le gouvernement fédéral n'a pas d'autorité sur la manière dont sont dispensés les soins. Le gouvernement fédéral peut donc faire des recommandations, mais ne peut s'assurer que ses propositions pour de meilleures pratiques sont mises en application.

Outre Santé Canada mais en collaboration avec Santé Canada, plusieurs organismes gouvernementaux fédéraux s'intéressent également au transfert de connaissances en santé. Il suffit en effet de consulter le site de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé³ ou celui de l'Institut canadien d'information sur la santé⁴ pour constater que la question plus générale du transfert de connaissances dans les services de santé constitue la mission de dizaines d'organismes entièrement ou partiellement soutenus par le gouvernement fédéral. Le réseau canadien comprend de nombreux organismes fédéraux ou provinciaux ou les deux ainsi que de nombreux centres ou groupes de recherche universitaires qui s'intéressent à la production de données probantes en matière de services de santé. Pour décrire cette préoccupation de l'État canadien pour les meilleures pratiques, je me limiterai ici à citer trois exemples, même s'ils sont beaucoup plus nombreux et que ce choix est forcément partiel.

Forum national sur la santé

En 1997, le Forum national sur la santé soumettait son rapport au Premier ministre du Canada et formulait des recommandations visant le développement de pratiques en santé fondées sur des données probantes. Le rapport, qui fut produit pour et par le gouvernement fédéral, suggérait que le transfert de connaissances générées par la recherche en santé conduirait à l'instauration de meilleures pratiques avec, pour conséquence, une amélioration de l'efficacité des traitements et une réduction des variations dans la qualité de soins et dans les coûts qui sont associés à ces soins (Forum national sur la santé, 1997a). Cette question d'un système de santé fondé sur des données probantes faisait d'ailleurs l'objet d'un rapport séparé (Forum national sur la santé, 1997b) et de monographies qui avaient été commandées pour documenter le phénomène (Forum national sur la santé, 1997c). Au début des travaux du Forum en novembre 1995, les membres ont facilement fait consensus sur l'importance de meilleures pratiques en santé. De fait, ce choix faisait écho à ce qui constituait déjà une vive préoccupation de nombreux intervenants en santé. Les membres du Forum voulaient que soient privilégiées des procédures diagnostiques qui soient à la fois les plus fiables, les plus pertinentes et les moins coûteuses et que les interventions en santé correspondent à l'évolution des connaissances. Ils voulaient aussi qu'une évaluation de l'efficacité des activités du système de santé soit mise en place. En outre, il y avait un souci de ne pas céder au leurre de l'industrie, plus soucieuse de ses profits que de l'efficacité de ses nouveaux produits, qui mettait (et met encore) de l'avant, par des stratégies de marketing agressives, que la dernière technologie et la dernière

molécule sont plus efficaces que les précédentes, sans que la preuve puisse en être faite.

Ces idées relatives à un système de santé efficace et efficient n'apportaient rien de neuf : c'est l'application concrète de telles pratiques, dans l'intervention de tous les jours et pour tous les types de praticiens, qui posait et pose encore problème en 2003. Il ne suffit pas de connaître une pratique et de la savoir efficace, plus efficace que celle présentement en usage, pour qu'elle soit mise en application ou, a contrario, il ne suffit pas qu'on l'on sache que telle pratique présentement en usage est moins coûteuse et tout aussi efficace que la nouvelle qui est proposée pour qu'elle soit maintenue. Un des enjeux pour le Forum était donc de généraliser le souci d'une évaluation des pratiques à l'ensemble du système de santé et en faire une priorité dans l'administration des services de santé dans tout le Canada. En bref, les auteurs du rapport voulaient faire des meilleures pratiques un concept populaire et transformant, si possible. Ces travaux faisaient écho à d'autres qui avaient été menés dans plusieurs provinces canadiennes, notamment le Rapport de la Commission Rochon sur la santé et les services sociaux au Québec qui avait été publié quelques années auparavant.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Le second organisme fédéral est celui de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FRSSC). Fondée à partir d'un fonds de dotation du gouvernement fédéral, cette fondation a pour mission d'encourager et de financer « la recherche sur la gestion et la politique des services de santé et des services infirmiers afin d'améliorer la qualité, la pertinence et l'utilité de cette recherche pour les stratèges et les gestionnaires du système de santé » (www.frssc.ca). Comme le signale cette citation, la préoccupation première de la Fondation n'est pas le travail de première ligne auprès des intervenants dans le système de santé ou de ses usagers, même si sa mission rend compte d'une préoccupation pour les meilleures pratiques auprès des usagers. De plus, la Fondation organise de nombreux ateliers proposant aux chercheurs et aux décideurs des outils pour favoriser l'utilisation de la recherche dans la prise de décision et pour le transfert des connaissances, notamment une bonne communication et des moyens efficaces de diffusion de la recherche. La Fondation est également l'hôte de rencontres pour ce qu'elle nomme les « courtiers de connaissances » qui sont responsables de la diffusion des connaissances auprès des décideurs et des praticiens afin de leur proposer des stratégies d'intervention plus efficaces. Outre ces apports, le programme de subvention de la FRSSC oblige les chercheurs à développer des partenariats avec les orga-

nismes et établissements provinciaux responsables de dispenser les services de santé, forçant presque la synergie entre chercheurs, gestionnaires et praticiens. Voici donc un organisme fédéral dont le mandat premier est celui du transfert de connaissances et de son corollaire, les meilleures pratiques, et qui cherche à rejoindre les usagers en établissant des partenariats avec ceux qui ont la responsabilité de dispenser les services de santé.

Instituts de recherche en santé du Canada

En troisième lieu, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), créés au printemps 2000, ont intégré, dans un même organisme subventionnaire, 1) la recherche bio-médicale, 2) la recherche clinique, 3) la recherche sur les services et 4) les dimensions sociales et culturelles de la santé. Une telle structure veut démontrer que la recherche en santé doit être bio-psychosociale et multidisciplinaire et que chacune des quatre dimensions précédemment citées constitue une condition sine qua non pour la recherche en santé et pour l'amélioration de la santé. On voulait aussi, en favorisant des travaux de recherche multi-disciplinaires et des travaux qui exigent un partenariat entre les chercheurs et la communauté, accélérer le processus de transfert de connaissances. Ce virage vers la recherche intégrée qui prend immédiatement en compte les applications cliniques des résultats a été exigé par Santé Canada en contrepartie à une augmentation des budgets accordés à la recherche en santé. La création des IRSC peut donc être considérée comme une convergence additionnelle vers des pratiques sociosanitaires fondées sur des données probantes. Si on prend en compte que divers organismes subventionnaires provinciaux — c'est le cas du Fonds de recherche en santé du Québec et au Fonds québécois pour la recherche sur la société et la culture — manifestent également un souci de plus en plus grand de s'assurer que les divers projets de recherche qu'ils soutiennent fassent l'objet d'un transfert de connaissances, on comprend alors que la question des meilleures pratiques fait maintenant partie des objectifs des organismes gouvernementaux qui financent la recherche en santé. En bref, ceux qui subventionnent la recherche en santé visent à ce que les résultats des travaux qu'ils subventionnent soient connus et, dans le meilleur des cas, utilisés par les praticiens.

Devant une telle convergence vers le transfert des connaissances et les meilleures pratiques de la part du gouvernement fédéral (et des gouvernements provinciaux), il est difficile de proposer des explications causales univoques. On peut cependant s'interroger à juste titre si l'augmentation des coûts de santé et l'inefficacité des systèmes de santé à gérer les listes d'attente, qui sont devenues actuellement la bête noire des gouvernements et des contribuables, n'ont pas eu pour conséquence

d'augmenter les préoccupations des gouvernements au sujet de l'efficacité et de l'efficience des services de santé. Certains ajouteraient que les médias ont été partie prenante dans la création de cette crise, bien qu'ils l'aient fait en dénonçant la longueur des listes d'attente et l'engorgement des services plutôt qu'en soulignant la nécessité de réorganiser le système de santé pour le rendre plus performant ou en rappelant l'importance d'interventions qui répondent réellement aux besoins des usagers. À cela s'ajoute également un courant non négligeable qui met de l'avant le rôle, dans l'économie canadienne, de la recherche en santé et des services de santé, un courant auquel n'est sans doute pas étranger le lobby des trusts pharmaceutiques, de l'industrie des technologies médicales et des compagnies d'assurance. Enfin, il faut prendre en compte, à l'intérieur de l'appareil gouvernemental lui-même, le lobby des organismes subventionnaires de recherche en santé qui doivent démontrer, pour maintenir ou augmenter leur part dans le budget des gouvernements, que la recherche en santé comporte des dividendes à la fois pour l'économie du pays et pour la santé de ses habitants. C'est donc dans ce contexte qui valorisait et valorise encore les meilleures pratiques que Santé Canada a jugé utile de faire un appel d'offres pour établir les lignes directrices pour le traitement des troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Par ailleurs, lorsque mes collègues du RISQ et moi-même avons examiné le contenu de cet appel d'offres, il ne nous faisait aucun doute qu'un tel travail pouvait être utile pour nos partenaires, les intervenants en toxicomanie et en santé mentale du Québec.

Les étapes de réalisation du projet

La rédaction d'une monographie sur les meilleures pratiques constitue un travail avec ses caractéristiques spécifiques. Ce n'est pas une recension des écrits qui fait le point sur l'état des lieux sur un sujet donné, même si une telle lecture de la documentation constitue une part considérable du travail. Ce n'est pas non plus une étude avec informateurs clés, même si cette consultation des personnes ressources en est une composante essentielle. Ce n'est pas non plus un texte sur l'intervention, même si certaines parties du rapport final comportent obligatoirement un volet de recommandations cliniques. C'est tout cela à la fois auquel s'ajoutent les décisions qui devront être prises par les personnes responsables de la réalisation du projet. Or, ces décisions comportent une part d'évidences scientifiques et une part d'arbitraire.

Les choix qui ont dû être faits par notre équipe de rédaction avaient pour objet la méthode de recherche, la définition des termes et paramètres, la catégorisation des troubles mentaux et au choix des membres du

comité d'experts. Lors de la rédaction de la demande de subvention, certains choix avaient dû être faits, notamment le choix de certains experts. Un exemple en serait donné par l'accord préalable qui avait été donné par Kim Mueser, du Dartmouth Medical School du New Hampshire, un des grands experts sur la question de la cooccurrence des troubles mentaux chez les patients avec pathologies graves et persistantes (voir son article dans *Santé mentale au Québec*, XXVI, 2, 2001). Les premiers mois après l'obtention de la demande ont été déterminants puisqu'il a fallu se mettre d'accord sur les paramètres énumérés précédemment ou valider ceux qui avaient été proposés dans la demande de subvention. La description qui suit est chronologique, cependant certaines étapes se sont chevauchées et plusieurs décisions se sont prises simultanément.

Le choix de la méthode

La question de la méthodologie a été un point tournant dans la réalisation du projet. Il fallait connaître la documentation avant de faire le choix de la méthode et connaître les limites des diverses méthodes avant de pouvoir prendre une décision. Dans ce projet comme dans tout projet de recherche, l'expérience et la compétence de l'équipe de rédaction ont fait toute la différence. Le groupe d'experts ou les informateurs clé n'ont pas été consultés pour prendre cette décision.

Dans la documentation qui nous a servi de référence, deux modèles étaient proposés pour développer des meilleures pratiques (Harris, 1997 ; Kahn et al., 1997). Le premier propose un modèle fondé sur les données probantes — the scientific *evidence-based* model — et le second sur les avis de spécialistes — the *expert consensus* model.

Le modèle scientifique basé sur des données probantes

Dans le premier modèle, les meilleures pratiques sont extrapolées uniquement à partir d'une revue de la documentation scientifique. Les études sont examinées et évaluées selon des standards qui se veulent rigoureux, déterminés à l'avance, ainsi que selon des critères explicites concernant la qualité des données. Ceci peut aussi inclure des méta-analyses dans lesquelles les résultats de plusieurs études indépendantes sont combinées et analysées ensemble. Les lignes directrices qui se dégagent de la recension des écrits sont ensuite soumises pour révision à divers comités de pairs qui s'assurent que ces propositions sont conformes aux connaissances scientifiques présentement disponibles.

Plusieurs réserves ont été énoncées relativement à cette approche qui est uniquement basée sur les données de recherche (Lomas, 1991 ; Owen et Janson, 1995). On peut les résumer ainsi :

- Le fait de s'appuyer sur la seule documentation qui est publiée comporte un biais inévitable ;
- Les spécificités liées aux particularités de chaque culture sont ignorées ;
- Le choix de méthodes trop épurées comme celle des études avec groupe de contrôle et avec échantillon aléatoire rend difficile la généralisation des données.

Outre ces critiques, qui nous sont toutes apparues valides, cette méthode posait des problèmes spécifiques relativement à notre objet d'étude. La production de données scientifiques sur un objet tel que celui de la co-morbidité psychiatrique ne se fait pas selon un ordre logique de telle sorte que la recension des écrits sur ce sujet ne peut suivre un parcours linéaire. Les travaux sur ce sujet poursuivent des hypothèses de recherche, examinent des populations, utilisent des mesures et des méthodes qui varient grandement d'une étude à l'autre, y compris pour les mêmes deux psychopathologies. C'est le cas, par exemple, pour la toxicomanie et la personnalité antisociale (voir Helvelle et Pryzbeck, 1988 ; Hesselbrock et al., 1985 ; Khantzian et Treece, 1985 ; Nasse et al., 1991 ; Verheul et al., 1998). Certaines études assuraient un suivi prospectif de patients (Verheul et al., 2000) alors que d'autres décrivaient des conclusions de leurs travaux (Ridgely et al., 1986 ; Ridgely et al., 1986). Ainsi, l'examen des travaux de recherche à parfois mené à des conclusions qui ont souvent été contradictoires ou ambiguës. De plus, il n'était pas rare que les travaux, même les meilleurs, laissent sans réponse des pans entiers de questions. Le meilleur exemple fut sans doute celui du projet MATCH qui a comparé trois méthodes de traitement pour la dépendance à l'alcool et qui, à ce jour, est l'étude évaluative la plus complète qui ait été menée pour l'évaluation du traitement, tous troubles mentaux confondus (Project MATCH, 1997, 1998). Cette étude, qui a coûté 30 M \$US, a utilisé une méthodologie rigoureuse, des instruments validés et une analyse statistique complexe. Les 1 726 sujets (taux de suivi de 90 %) ont été vus à plusieurs reprises sur une période de 15 mois, certains pour une période de 39 mois. Par ailleurs, parce que toutes les conditions ont été contrôlées et parce que le choix des sujets est tellement épuré, cette étude pose d'importants problèmes de généralisation, notamment dans les centres publics du Québec où la population qui consulte présente des troubles mentaux concomitants et un niveau de motivation qu'il est souvent difficile de soutenir (Brown et Wood, 2001).

Ainsi, dans ce cas-ci, même si nous avions voulu suivre « the scientific *evidence-based* model » dans son intégralité, le passage de la

recherche à la pratique ne pouvait pas toujours se faire en ligne directe, au moins avec la question de recherche qu'il nous fallait résoudre. L'équipe de rédaction a donc jugé nécessaire d'identifier clairement les critères qui avaient servi à établir les meilleures pratiques afin que les lecteurs soient en mesure de se former un jugement sur la généralisation possible entre les échantillons sous étude dans la documentation scientifique et les usagers avec lesquels ils travaillent, qui sont habituellement moins bien sélectionnés que ceux choisis dans les études. Le projet MATCH constitue un exemple de cette « pureté » méthodologique, mais il n'est pas le seul. Ainsi, la monographie signale clairement aux lecteurs ce qu'il était possible d'affirmer à partir de la documentation scientifique et ce que la documentation scientifique ne permettait pas d'affirmer.

The expert consensus model

Le second modèle — le modèle fondé sur le consensus de spécialistes — est conçu comme un ajout au modèle précédant exclusivement fondé sur les données de la documentation scientifique. Les avis des experts servent à combler les lacunes de la littérature scientifique. Quatre méthodes servent à recueillir ces avis :

- des consultations auprès d'experts choisis de manière informelle ;
- des conférences de grands groupes visant l'établissement de consensus ;
- des groupes d'experts choisis de manière formelle ;
- des groupes de Delphes (Harris, 1997 ; Jones et Hunter, 1995 ; Kahn et al., 1997).

Plusieurs critiques ont également été formulées au sujet de cette méthode. Elles ont principalement pour objet le choix arbitraire des experts, qui sont souvent sélectionnés sans tenir compte de principes d'hétérogénéité, de telle sorte que les opinions émises par ces groupes deviennent le reflet d'une seule et même culture scientifique (Williams et Lanigan, 1999). Cela dit, une fois reconnue l'importance de mettre à profit des perspectives aussi diverses que possible, on comprend l'utilité de faire appel à l'expérience d'experts, notamment lorsque l'examen des travaux de recherche mène à des conclusions qui sont contradictoires ou ambiguës. De plus, pour Santé Canada, il était essentiel que le rapport ait fait l'objet de consultations aussi larges que possibles, incluant obligatoirement des usagers de services, démarche qui est également apparue comme essentielle à l'équipe (Alarie, 2001).

La méthode mixte

Constatant les difficultés inhérentes à notre objet d'étude, notre équipe en est venue à la conclusion que la démarche scientifique la plus sage serait une méthodologie mixte qui s'appuie sur les meilleures informations contenues dans les travaux scientifiques et qui les intègre aux avis et aux consensus qui ont été développés lors de rencontres entre spécialistes (Lomas, 1991). Cette stratégie était également celle qui semblait la moins susceptible de prêter le flanc à la critique, notamment parce que la documentation scientifique sur notre objet d'étude comportait un certain nombre d'incertitudes auxquelles une telle approche permettait de pallier.

Ainsi, sur la base des contraintes budgétaires inhérentes à notre projet et pour s'assurer d'un maximum de consensus dans la communauté des intervenants, l'équipe de rédaction a pris les décisions suivantes relativement à la méthode à employer :

- Un examen approfondi de la documentation scientifique pertinente en utilisant à la fois diverses banques de données et les bibliographies des articles charnières sur notre sujet ;
- La constitution d'un groupe de spécialistes que l'on a voulu hétérogène. Les uns étaient issus de la tradition psychiatrique (Wayne Skinner), les autres de la tradition psychosociale (Michel Landry, Tony Toneatto) ; les uns étaient spécialisés en toxicomanie (Tom Brown), les autres, d'autres troubles mentaux (Bonnie Pape, Jane Lashes).

Une synthèse de cette documentation

Tel que signalé précédemment, dans cette synthèse, nous avons pris en compte ce qui était énoncé clairement et ce qui n'était pas traité par la documentation scientifique. De plus, nous avons dressé une liste des autres questions qui devaient être prises en compte en extrapolant à partir des études disponibles.

- Un examen de la méthodologie pour la recension des écrits et de la synthèse de la documentation par le comité d'experts et la prise en compte de leur avis sur ces deux sujets.
- Une consultation auprès d'informateurs clés choisis dans les services de santé mentale et dans les services de toxicomanie à travers le Canada et dont le contenu avait pour objet les recommandations préliminaires formulées par les responsables du projet.
- Des « focus groups » avec des usagers qui ont vécu des troubles concomitants afin de valider notre synthèse de la recherche et les opi-

nions des experts avec leurs besoins et leur propre expérience des services. Ces usagers comprenaient des francophones et des anglophones de deux provinces différentes — l'Ontario et le Québec.

- La formulation d'une nouvelle synthèse par l'équipe de recherche et les commentaires des spécialistes.

Cette méthodologie mixte permettait de se fonder sur les données probantes mais également de faire une place au jugement des cliniciens et d'autres chercheurs et de prendre en compte l'opinion des patients. La première ébauche complète du rapport fut révisée par Santé Canada afin de s'assurer que le contenu de celui-ci corresponde vraiment aux objectifs de l'appel d'offre. Nous avons également sollicité des commentaires additionnels de la part des différents représentants des provinces et des territoires participants au Comité de travail de Santé Canada.

Le choix des termes et du cadre de référence

Une équipe de rédaction doit également se mettre d'accord sur les termes de référence et les vocables à utiliser. Je donnerai deux exemples de ces choix. Le premier est le concept des meilleures pratiques sur lequel il fallait s'entendre. Celui défini par Howard et Jensen (1999) a fait consensus. Il se lit comme suit : « Des propositions qui ont été systématiquement développées pour assister le clinicien et le patient lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant les soins appropriés à dispenser dans des circonstances cliniques spécifiques ⁵. » Comme dans la plupart des écrits sur le sujet, cette définition concerne les choix cliniques pour les interventions les plus efficaces ou qui présentent le meilleur ratio-qualité prix ou les deux. Par ailleurs, il existe également une abondante documentation consacrée à l'*organisation* et aux *services* (Health Systems Research Unit, 1997) et ces travaux sont nombreux au Canada. Ce volet ne se retrouve pas dans la définition précédente, mais il a néanmoins été repris dans la monographie par l'importance qui est accordée, tout au long du texte, au traitement intégré des troubles concomitants et, son corollaire, qui est une meilleure collaboration entre les services de toxicomanie et les services de santé mentale.

L'autre exemple concerne le choix des termes. Nous avons préféré le vocable « troubles concomitants » et celui de « co-occurrence de troubles mentaux » à celui de « co-morbidité » qui est le plus souvent employé. Les patients présentent très souvent des tableaux cliniques qui comportent plus que deux diagnostics : réfléchir à la co-existence de troubles mentaux en termes de pluralité plutôt qu'en termes de dualité est apparu comme un reflet plus fidèle de la réalité clinique de nos patients (Nadeau et al., 1999).

Les questions relatives à la classification, surtout s'il n'y a pas de normes déjà en usage sur lesquelles s'appuyer, peuvent faire l'objet de débats virils dans une équipe. La catégorisation comporte une bonne part d'arbitraire *et* constitue un facteur clé dans l'articulation subséquente des lignes directrices. Pour notre équipe de rédaction, le choix du regroupement des troubles concomitants a donc constitué un point nodal de nos travaux. En effet, à la lecture de rapport, on constate, par exemple, que les troubles liés à l'humeur et les troubles anxieux sont dans une même catégorie et que les lignes directrices qui les concernent sont très différentes de celles pour les troubles graves et persistants, qui sont dans une autre catégorie. La prise de décision a suivi le processus suivant : l'équipe de rédaction a formulé des hypothèses de travail à partir des études les plus probantes ; ces hypothèses de travail ont ensuite été présentées par écrit et discutées avec le groupe d'experts. À cette étape-là du travail, le comité d'experts a joué un rôle déterminant dans la mesure où ces collègues ont validé un choix qui comportait forcément une part d'arbitraire. Dans un tel projet, on devrait consulter le comité d'experts aux moments charnières, surtout lorsque la documentation ne permet pas de faire des affirmations en dehors de tout doute raisonnable.

Le choix des instruments s'est avéré beaucoup plus difficile tant à cause de l'ambiguïté des données sur les différentes mesures que des perspectives différentes qui étaient exprimées par les chercheurs et les experts consultés. C'est à ce moment qu'on a senti les différences entre les cliniciens et les chercheurs, entre les spécialistes en santé mentale et ceux en toxicomanie. À cela s'ajoutent les limites que nous nous étions imposées de proposer des instruments d'évaluation qui soient accessibles sans frais, c'est-à-dire du domaine public. Nous en sommes venus à un consensus, mais on peut penser que c'est la partie du travail qui prête le plus le franc à la critique.

En somme, parce que l'équipe avait déjà un bon bagage de connaissances sur l'état de la documentation scientifique, la méthodologie, la classification des troubles mentaux et les problèmes de communication entre les services de santé mentale et ceux de toxicomanie, le projet a pu être réalisé. Malgré cela, les discussions des premières réunions de l'équipe ont été très vives, à cause de l'hétérogénéité de l'équipe de rédaction et de la difficulté à faire consensus sur la nature du produit final. Pour les membres de cette équipe qui apprécient les moments où se constituent, dans un enchaînement d'idées, les schèmes conceptuel et méthodologique, ce furent les meilleurs moments ! Les consultations avec le comité d'experts et les informateurs clés ont à nouveau donné lieu à des débats où la diversité des points de vue permis à la fois d'en-

richir et de compliquer la prise de décision. Je ne pense pas qu'on puisse faire l'économie de cette diversité et de discussions musclées qui en résultent si l'on veut mener à bien un projet comme celui-là.

Conclusion

Les meilleures lignes directrices sont inutiles si ces meilleures pratiques ne sont pas mises en pratique dans les interventions. Conséquemment, le test de réalité d'une monographie comme celle que nous avons écrite réside dans l'utilisation de ces lignes directrices dans les milieux cliniques. Il faut cependant manifester de l'humilité quant aux effets positifs de lignes directrices en santé. Un corpus d'études assez substantiel (voir notamment Garb, 1998 ; Singer et Lalich, 1996) signale que, quels que soient les résultats des études évaluatives, quelles que soient les évidences, quelles que soient les données probantes, la plupart des cliniciens nord-américains s'appuient davantage sur leurs croyances personnelles que sur les faits empiriques dans leur pratique clinique. Ces croyances personnelles sont considérées comme ayant une plus grande véracité morale que les données générées par des études. En bref, nous ne savons pas si le contenu de ces lignes directrices a influencé les gestionnaires et les cliniciens.

Malgré ces limites, le bilan reste positif. Il nous a semblé utile de rédiger ce travail puisque de telles lignes directrices peuvent augmenter la probabilité que de meilleurs services soient mis en œuvre. Comme tout changement social, l'amélioration des services et de la pratique clinique passe par une constellation de facteurs qui visent les mêmes objectifs : ce texte est un élément parmi plusieurs. Cependant, de tels documents, notamment parce qu'ils sont accessibles et gratuits, peuvent servir à la formation des intervenants, être cités avec d'autres travaux et contribuer, en interaction avec d'autres actions, à des pratiques davantage fondées sur les données probantes. C'est dans cet esprit que fut rédigée et révisée cette monographie par tous ceux qui ont participé à sa rédaction.

Notes

1. Cette monographie porte le titre suivant : Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale de l'alcoolisme et de toxicomanie/Best Practices — Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. (Prepared by the Centre for Addiction and Mental Health). Ottawa : ministre de Travaux publics et services gouvernementaux Canada, N° de cat. H39-599/2001-2F en français ou H39-599/2001-2E en anglais. Les lecteurs pourront consulter la monographie en ligne, dans l'une des deux langues officielles du Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca>, à l'icône « publications sur la réadaptation ». Elle

se trouve aussi sur le site du : www.cds-sca.com. On peut la faire venir par télécopie (613-941-5366) ou par téléphone (613-954-5995) ou en écrivant aux : Publications, Santé Canada, Pré Tunney, Ottawa (ON), Canada. On peut également l'obtenir, sur demande, sur disquette, en gros caractère, sur bande sonore ou en braille.

2. Contrat numéro H5227-8-N002/A Santé Canada 59 235\$
3. www.fcrss.ca
4. www.Cihi.ca
5. Traduction de l'auteure, p. 2.

Références

- ALARIE, S., 2001, *Rapport des « focus group » sur les doubles problématiques toxicomanie et santé mentale*, Département de psychologie, Université de Montréal.
- BROWN, T. G., WOOD, W., 2001, *Are all Substance Abuse Treatments Equally Effective ?*, Rapport de recherche, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ, 1997a, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier : rapport final du Forum national sur la santé/Canada Health Action : Building on the Legacy : Final Report of the National Forum on Health*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ, 1997b, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier : rapports de synthèse et documents de référence/Canada Health Action : Building on the Legacy : Synthesis Reports and Issues Paper*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ, 1997c, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. La prise de décisions : données probantes et information/Canada Health Action : Building on the Legacy : Making Decisions : Evidence and Information*, Volume 5, Sainte Foy, Québec, Les Éditions Multi-mondes.
- GARD, H. N., 1998, *Studying the Clinician : Judgment Research and Psychological Assessment*, Washington, DC, American Psychological Association.
- HARRIS, J. S., 1997, Development, use and evaluation of clinical practice guidelines, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 39, 1, 23-24.
- HEALTH SYSTEMS RESEARCH UNIT, 1997, *Review of Best Practices in Mental Health Reform*, Clarke Institute of Psychiatry, Toronto.

- HESELBROCK, M. N., MEYER, R. E., KEENER, J. J., 1985, Psychopathology in hospitalized alcoholics, *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050-1055.
- HELZER, J. F., PRYZBECK, T. R., 1988, The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment, *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
- HOWARD, M. O., JENSEN, J. M., 1999, Clinical practice guidelines : should social work develop them, *Journal of Social Work Practice*, 9, 3, 283-301.
- JONES, J., HUNTER, D., 1995, Qualitative research : consensus methods for medical and health services research, *British Medical Research*, 311, 276-380.
- KAHN, D. A., DOCHERTY, J. P., CARPENTER, D., FRANCES, A., 1997, Consensus methods in practice guideline development : A review and description of a new method, *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 4, 631-639.
- KHANTZIAN, E. J., TREECE, C., 1985, DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts : Recent findings, *Archives of General Psychiatry*, 42, 1067-1071.
- LOMAS, J., 1991, Words without action ? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations, *Annual Review of Public Health*, 12, 41-65.
- NADEAU, L., LANDRY, M., RACINE, S., 1999, Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 6, 592-596.
- NACE, E. P., DAVIS, G. W., GASPARI, J. P., 1991, Axis II comorbidity in substance abusers, *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-120.
- OWEN, M., JANSEN, J. M., 1999, Barriers to development, utilization and evaluation of social work practice guidelines : Toward an action plan for social work, *Research on Social Work Practice*, 9, 3, 347-364.
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP, 1997, Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project MATCH post treatment drinking outcomes, *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP, 1998, Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project MATCH Three-year drinking outcomes, *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 22, 1300-1311.
- RACINE, S., NADEAU, L., 1995, *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*, Cahier de recherche du RISQ : Recherche et intervention sur les substances psychoactives — Québec, Montréal.
- RIDGELY, M. S., GOLDMAN, H. H. TALBOT, J. A., 1986, *Chronic Mentally Ill Young Adults with Substance Abuse Problems : A Review of the Literature*

and Creation of a Research Agenda, Baltimore, MD, Mental Health Policy Studies, University of Maryland School of Medicine.

RIDGELY, M. S., OSHER, F. C. TALBOT, J. A., 1986, *Chronic Mentally Ill Young Adults with Substance Abuse Problems: Treatment and Training Issues*. Baltimore, MD, Mental Health Policy Studies, University of Maryland School of Medicine.

SANTÉ CANADA, 1999, *Meilleures pratiques: alcoolisme, toxicomanie, traitement et réadaptation*, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa.

SINGER, M. T., LALICH, J., 1996, *Crazy Therapies*, Jossey-Bass, New York.

VERHEUL, R., VAN DEN BRINK, W., KOETER, M. W. J., 1998, Temporal stability of diagnostic criteria for antisocial personality disorder in male alcohol dependent patients, *Journal of Personality Disorders*, 12, 4, 316-331.

VERHEUL, R., KRANZLER, H. R., POLING, J., TENNEN, H., BALL., S., ROUNSAVILLE, B. J., 2000, Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 1, 101-10.

WILLIAMS, J. B. W., LANIGAN, J., 1999, Practice guidelines: Rapprochement or estrangement between social work practitioners and researchers, *Research on Social Work Practice*, 9, 3, 322-330.

ABSTRACT

The process of elaborating guidelines for best practices: the example of concurrent mental health and substance abuse disorders

During the course of 2001, a team of researchers and clinicians supported by Health Canada developed guidelines for best practices related to concurrent mental health and substance abuse disorders. This article first describes the importance of best practices for Health Canada followed by a description of the processes of research as well as consultation of the editorial team. We hope that these methodological elements will serve as reference for the development of best practices for other mental health problems. This article will not summarize the content of the guidelines for best practices found in the monograph, if only to illustrate examples of what we wish to transmit to the reader.

RESUMEN

El proceso de elaboración de las líneas directrices para mejores prácticas: el ejemplo de los trastornos concomitantes de salud mental, alcoholismo y toxicomanía

Durante todo el 2001 un equipo de investigadores y clínicos, apoyados por Salud Canadá, desarrollaron las líneas directrices para mejorar las prácticas relacionadas con los trastornos concomitantes de salud mental, alcoholismo y toxicomanía. Este artículo describe primero la importancia de contar con mejores prácticas, por parte de Salud Canadá, para luego referir el proceso de investigación y consulta seguido por el equipo de redacción. Se espera que estos elementos metodológicos puedan servir de referencia para desarrollar mejores prácticas para otros problemas en salud mental. Este artículo resume el contenido de las líneas directrices para contar con mejores prácticas, que son el objetivo de la monografía, sólo con el fin de ilustrar los ejemplos que se quieren transmitir al lector.

RESUMO

O processo de elaboração das diretrizes para as melhores práticas: exemplo de problemas concomitantes de saúde mental, alcoolismo e toxicomania

Em 2001, uma equipe de pesquisadores e clínicos, apoiados pelo Ministério da Saúde do Canadá, desenvolveu diretrizes para as melhores práticas relacionadas aos problemas concomitantes de saúde mental, alcoolismo e toxicomania. Este artigo descreve primeiramente a importância das melhores práticas pelo Ministério da Saúde e, em seguida, traça o processo de pesquisa e de consulta realizado pela equipe de redação. Espera-se que estes elementos metodológicos poderão servir de referência para o desenvolvimento de melhores práticas para outros problemas em saúde mental. Este artigo não resume o conteúdo das diretrizes para as melhores práticas que foram o objeto da monografia, mas ilustra exemplos escolhidos para o proveito do leitor.