



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Avis

sur

**La double problématique toxicomanie et
problèmes de santé mentale**

CPLT

La double problématique toxicomanie et
problèmes de santé mentale



du
Comité permanent
de lutte à la toxicomanie

au
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Août 1997

Table des matières

Remerciements	page iv
Avant- propos	page 1
1. Portrait de la situation	page 2
1. 1 Les données épidémiologiques	page 2
1. 2 Les services existants	page 2
2. Problématique et enjeux	page 3
2. 1 La clientèle visée	page 3
2. 2 L'ampleur du problème	page 4
2. 3 Les services requis	page 4
2. 4 Les lacunes du système actuel	page 5
2. 5 Les orientations privilégiées	page 6
3. Recommandations	page 7
Conclusion	page 8
Annexe 1	
Liste des membres actuels du CPLT	page 11
Annexe 2	
Liste des participants aux rencontres	page 13

Remerciements

Les membres du Comité permanent* tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur précieuse contribution à la préparation du présent avis:

mesdames Céline Mercier et Béatrice Beaucage pour la production du rapport intitulé *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec*;

les experts et décideurs dont les noms apparaissent en annexe et qui ont accepté de participer à une ou deux rencontres d'échange sur le contenu du rapport et sur les suites à lui donner;

madame Kathryn Gill, du département de psychiatrie de l'Université McGill, qui a fourni de judicieux commentaires sur le rapport;

madame Jocelyne Forget, directrice générale du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, qui a rédigé l'avis;

madame Françoise Jeannette, secrétaire de direction du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, qui a effectué la mise en page de l'avis.

La liste des membres actuels du Comité apparaît à l'annexe 1

Avant-propos

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie consiste principalement à conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité permanent cherche à la fois à fournir un portrait global de l'ensemble de la situation qui prévaut au Québec en matière de toxicomanie et à mettre en lumière, de façon plus spécifique, des aspects ou des facettes de la problématique qui commandent des actions particulières.

Or, depuis quelques années, les intervenants des réseaux de la santé mentale, de la désintoxication et de la réadaptation en toxicomanie soulignaient la présence de plus en plus marquée, dans leurs services, de personnes présentant un double diagnostic de toxicomanie et de trouble de santé mentale. Le constat était également fait d'une difficulté importante à intégrer ces personnes dans les services existants et à répondre adéquatement à leurs besoins particuliers.

Face à cela, les membres du Comité permanent ont pris la décision de commander une étude pour mieux cerner cette réalité et pour être en mesure de fournir un avis éclairé sur la question.

L'étude réalisée par mesdames Céline Mercier et Béatrice Beaucage a porté sur la toxicomanie et les problèmes sévères de santé mentale. S'alimentant à deux sources, soit la recension de la littérature spécialisée récente et une série d'entrevues réalisées auprès de différents professionnels spécialisés, mesdames Mercier et Beaucage ont produit, à l'intention du Comité permanent, un rapport de recherche contenant huit recommandations.

Sur la base de ce document, le Comité a ensuite organisé deux rencontres avec un groupe (une quinzaine de personnes) d'experts et de décideurs des réseaux de la santé mentale, de la désintoxication et de la réadaptation en toxicomanie, afin de discuter du contenu du rapport et des suites à donner pour que cette clientèle spécifique puisse être mieux desservie.

Ces rencontres ont permis de clarifier certains aspects du problème, d'établir un certain nombre de consensus sur les orientations à prendre, sur les actions à privilégier, et de renforcer la conviction du Comité de la pertinence de produire un avis sur la question.

Le contenu du présent avis repose donc à la fois sur les données colligées par mesdames Mercier et Beaucage, sur les commentaires formulés par les personnes qui ont participé aux deux rencontres d'échange sur le rapport de recherche, ainsi que sur les opinions des membres du Comité permanent.

1. Portrait de la situation

1.1 Les données épidémiologiques

La prévalence de la comorbidité de la toxicomanie et des troubles mentaux est très variable selon le milieu où sont recueillies les données (milieu hospitalier ou de réadaptation, population clinique ou population générale) ou le type de diagnostic (troubles transitoires ou persistants). Cependant, toutes les études font état de **taux significativement élevés**. Au Québec, les taux généralement admis, quoique considérés comme très conservateurs par les intervenants, en raison de l'absence de dépistage systématique, sont **du tiers à la moitié de la clientèle en milieu psychiatrique, et de la moitié aux deux tiers de la clientèle en milieu de traitement de la toxicomanie** (pour l'ensemble des troubles mentaux). En fait les taux varient selon les études réalisées, selon les instruments de mesure utilisés et selon les centres visés. Cependant, mentionnons que dans une étude menée auprès de 11 centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (Landry, Nadeau et Racine, 1996), seulement 12% des sujets ne présentaient aucun score sur les échelles signalant un trouble de la personnalité prédominant. Ces prévalences élevées doivent être perçues comme une indication d'une détresse psychologique marquée.

Certaines enquêtes américaines établissent que la présence d'un trouble mental est associé dans la population générale, à un risque plus de deux fois supérieur d'avoir un trouble relié à l'alcool, et plus de quatre fois supérieur d'avoir un trouble d'abus de drogues. Dans la population clinique, les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles schizophréniformes sont trois fois plus à risque de développer un trouble relié à l'alcool et six fois plus à risque pour les autres drogues; les personnes atteintes de trouble bipolaire présentent pour leur part des taux onze fois plus élevés d'abus de substances que dans la population générale.

Enfin, les études les plus récentes démontrent aussi que ce phénomène de comorbidité ne cesse de s'accroître.

1.2 Les services existants

De façon générale, au Québec, l'intervention pour les personnes à double diagnostic semble s'être développée davantage dans le réseau de la réadaptation que dans celui de la psychiatrie. Toutefois, ce développement demeure **très limité**.

Quoiqu'elle ne prétende pas être exhaustive, l'enquête de Mercier et Beaucage a permis de n'identifier que quelques programmes spécialisés ou interventions spécifiques dédiés à cette clientèle. L'écart reste considérable entre l'étendue des besoins et l'offre de services.

Les deux principaux programmes intégrés résidentiels sont rattachés à des centres privés de réadaptation et ils ne représentent à eux deux qu'un potentiel d'une quarantaine de lits; la demande dépasse de beaucoup les places disponibles. Dans le réseau public, les services sont davantage dispensés à l'externe.

Malgré l'accroissement des problèmes de comorbidité et la pression exercée par cette clientèle sur le système de soins, le contexte budgétaire actuel restreint considérablement le développement et le maintien de services adaptés aux besoins particuliers de ces personnes.

2. Problématique et enjeux

De la recension des écrits et des commentaires recueillis auprès de différents informateurs clés, se dégagent un certain nombre de *consensus*, lesquels se regroupent *autour de quelques thèmes majeurs*: la clientèle visée, l'ampleur du problème, les services requis, les lacunes du système actuel, les orientations à privilégier.

2.1 La clientèle visée

- > D'abord, il faut *retenir une définition élargie des doubles diagnostics*. De fait, le problème identifié au niveau de l'intervention ne se limite pas aux doubles diagnostics «toxicomanie et troubles sévères de santé mentale»; la présence concomitante chez un patient ou chez un client de la toxicomanie et de troubles de la personnalité, de dépression majeure, de troubles anxieux (dont des paniques sévères) constitue également un problème de comorbidité difficile à traiter et peut être considérée comme une problématique tout aussi grave et persistante; de plus, cette autre portion de la clientèle à double diagnostic est en plus grand nombre dans les services (et dans l'ensemble de la population), entraînant des coûts sociaux plus élevés; en conséquence, la réflexion et la recherche de solutions doit porter sur l'ensemble des cas de comorbidité «toxicomanie et troubles de santé mentale».
- > La planification des interventions doit par ailleurs *tenir compte de la présence de problèmes multiples* au sein de la clientèle visée. Même si le focus est mis sur le double diagnostic de toxicomanie et de trouble mental, dans une forte proportion des cas, il est davantage question de problèmes multiples et les troubles associés au double diagnostic nécessitent aussi d'être traités, ce qui complexifie d'autant l'intervention; mentionnons, à titre d'exemples, les problèmes avec la justice, l'itinérance, la violence, le suicide, la transmission de maladies infectieuses, etc.

2.2 L'ampleur du problème

- > *Les taux de prévalence* d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues au sein de la population psychiatrique, de même que les taux de prévalence de troubles mentaux au sein de la population toxicomane sont suffisamment élevés pour justifier un plan d'action concerté.
- > *L'écart entre l'étendue des besoins de cette clientèle et l'offre de services* est à ce point considérable qu'un nombre important d'individus en difficulté ne bénéficient pas des services que leur situation particulière requiert, avec toutes les conséquences dramatiques qui s'en suivent pour eux-mêmes et leur entourage.

2.3 Les services requis

- > *Trois principes généraux* se dégagent de l'analyse des expériences américaines et québécoises en ce qui concerne le traitement:
 - la supériorité d'une approche simultanée et intégrée des deux conditions (psychiatrique et de toxicomanie), par rapport à une approche séquentielle ou parallèle;
 - l'importance d'une évaluation précoce de l'usage de substances psychotropes, étant donné les répercussions cliniques de la surconsommation sur le cours et l'issue des troubles psychiatriques;
 - l'efficacité et l'efficience d'une intervention spécifique.
- > Par contre, *en ce qui concerne le traitement de choix*, aucun programme de traitement ou aucune forme d'intervention n'apparaît nettement supérieur aux autres; tous présentent leurs avantages et leurs limites; il existe donc toute une gamme de possibilités pour le développement des ressources.
- > Enfin, les intervenants rencontrés font consensus autour de *la nécessité de revoir les objectifs de façon plus réaliste* avec cette clientèle cible. Ils considèrent qu'il ne faut pas viser une guérison totale mais plutôt faire cheminer les individus, leur faire faire certaines acquisitions qui leur permettront de mieux fonctionner. Il est nécessaire, avec cette clientèle, de définir le succès différemment, à partir d'une philosophie plus pragmatique, dans une optique de réduction des méfaits.

2.4 Les lacunes du système actuel

- > ***Le manque de ressources professionnelles intéressées à travailler avec cette clientèle***, à les accueillir, à développer l'expertise nécessaire pour mieux les aider. La disponibilité de programmes de formation et de partenaires prêts à collaborer ne suffit pas, il faut qu'il y ait, à la base, des professionnels motivés à consacrer du temps, de l'énergie et des ressources à cette clientèle.
- > ***Le nombre limité d'intervenants qui disposent des connaissances de base nécessaires*** pour bien accueillir cette clientèle, pour identifier adéquatement ses problèmes et pour lui fournir des services adaptés à ses besoins. Non seulement très peu d'intervenants ont développé une véritable expertise avec cette clientèle mais très peu d'intervenants ont bénéficié d'une sensibilisation minimale à l'importance de dépister les problèmes ou encore à l'importance d'en prévenir l'apparition ou le développement.

En corollaire, ***le nombre limité de milieux d'intervention qui acceptent de desservir cette clientèle***: il y a encore beaucoup de résistance des milieux d'intervention (psychiatriques et de réadaptation) à intégrer ou à garder ces clients dans leurs programmes, tout simplement parce que les intervenants sont dépassés par les problèmes que ces clients présentent et qu'ils ne se sentent pas compétents pour les traiter. On assiste alors à des joutes de «ping pong» entre les ressources, chacune considérant que le client doit être traité ailleurs, et en bout de piste, bien entendu, c'est ce dernier qui se retrouve «entre deux chaises» et qui ne bénéficie pas des services que sa double problématique requiert.

- > ***Des réseaux qui travaillent en parallèle plutôt qu'en collaboration***. La complexité de la problématique nécessite la mise à contribution d'acteurs possédant des expertises diverses. Qu'il s'agisse des ressources de première ligne (CLSC, urgences des hôpitaux, cabinets privés de médecins, etc.), des ressources communautaires, des ressources de traitement psychiatrique, de désintoxication ou de réadaptation, tous ont un rôle à jouer dans le dépistage précoce des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, dans la référence ou le traitement pour l'une ou l'autre des problématiques (ou les deux), ainsi que dans le suivi. Or, encore aujourd'hui, le partenariat n'est pas couramment intégré dans les pratiques; les collaborations n'existent pas toujours et quand elles existent, elles sont souvent à l'état embryonnaire et très «prudentes» (chacun reste sur ses gardes).
- > ***Des interventions ponctuelles qui ne s'inscrivent pas toujours dans une continuité de services***. Les actions des différents professionnels qui interviennent à un moment ou l'autre de la vie de l'individu aux prises avec cette double problématique se font souvent de façon disparate, discontinue, désarticulée, morcelée, par rapport à l'ensemble des besoins de la personne. On élabore rarement un plan de services intégré et global qui précise le rôle de chacun sur une plus longue période, concevant à la fois une stratégie de traitement pour chacune des problématiques, ainsi qu'une stratégie de suivi et de prévention de la rechute.

- > ***Des expériences réussies qui ne sont pas ou peu connues.*** Même si elles sont peu nombreuses, il existe au Québec, des histoires à succès qui mériteraient d'être davantage connues afin que d'autres puissent s'en inspirer. Une diffusion élargie de l'information, un partage des connaissances, le développement d'un réseau d'échanges sur les expériences réalisées, font grandement défaut.
- > ***Peu ou pas d'évaluation des programmes ou des interventions.*** À tous les niveaux de l'intervention, on devrait s'assurer que l'on fait bien ce qu'on doit faire. Évaluer les résultats mais aussi évaluer les processus: est-ce que ce qui est censé être fait est bel et bien fait? est-ce que ce qui est fait donne les résultats escomptés? Évaluer non seulement les programmes mais aussi les modèles d'organisation de services. Actuellement, le soutien à l'évaluation est insuffisant (budgets alloués, formation des intervenants, incitatifs divers).

2.5 Les orientations privilégiées

- > D'abord, ***protéger les ressources déjà existantes*** qui se sont investies auprès de cette clientèle, reconnaître l'expertise qu'elles ont développée ou commencé à développer, les soutenir, les encourager; préserver les acquis, consolider les premiers efforts.
- > ***Sensibiliser et former le plus grand nombre possible de professionnels*** aux aspects de base de la comorbidité, afin que dans l'ensemble des ressources où cette clientèle est susceptible de se présenter, elle puisse bénéficier des services appropriés à sa situation particulière (tant au niveau de la première ligne qu'au niveau du traitement).
- > ***Favoriser par tous les moyens possibles le partage d'expertise*** entre les intervenants des différents réseaux concernés. Les objectifs visés étant à la fois d'habiliter les professionnels à mieux intervenir auprès de cette clientèle, de faire bénéficier d'autres professionnels des expériences acquises, de développer une base commune de connaissances, un vocabulaire commun, de s'apporter un support mutuel entre intervenants.
- > ***Procéder à l'évaluation des programmes et des modèles d'organisation de services.*** Se doter des moyens nécessaires pour s'assurer que les interventions sont pertinentes, qu'elles portent et qu'elles constituent les meilleurs moyens (efficacité et efficience) d'atteindre les objectifs visés.

3. Recommandations

Après avoir fait réaliser une étude sur le sujet et après avoir consulté un certain nombre d'experts et décideurs, le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie recommande*:

3.1 Que le ministère et les régies régionales s'assurent que les compressions budgétaires et le redéploiement des ressources ne mettent pas en péril l'expertise qui s'est développée ou qui commence à se développer dans certains milieux à l'égard de la clientèle qui présente un double diagnostic de toxicomanie et de troubles de santé mentale.

3.2 Que la double problématique «toxicomanie et problèmes de santé mentale» soit priorisée comme thème de formation - réseau, et qu'un budget spécial soit alloué pour développer et rendre disponible à tous les intervenants concernés un programme de formation adapté aux besoins du réseau.

3.3 Que les régies régionales jouent un rôle actif dans le support à la concertation et au partage d'expertise. Que des incitatifs soient conçus à l'intention des établissements et organismes qui ont pour mission de desservir cette clientèle et que des moyens de soutien soient mis à leur disposition.

3.4 Que les régies régionales s'assurent, avec les divers partenaires concernés, de l'existence d'un système intégré et efficace de prise en charge de cette clientèle, depuis le dépistage jusqu'au suivi dans le milieu.

3.5 Que le ministère et les régies régionales conçoivent des incitatifs et des mesures de soutien à l'évaluation; qu'ils prévoient notamment des budgets pour ce type d'opération.

Conclusion

Les données recueillies par le CPLT confirment l'importance des difficultés liées à la présence concomitante chez certains individus d'une toxicomanie et de troubles de santé mentale. Une proportion significative des clientèles desservies au Québec par les milieux de la santé mentale, de la désintoxication et de la réadaptation en toxicomanie présente cette double problématique. Bien que l'état actuel des connaissances permette de dégager comme principes d'action déterminants un dépistage précoce de problèmes, le choix d'une approche simultanée et intégrée des deux conditions par rapport à une approche séquentielle ou parallèle, et l'importance d'une intervention spécifique, très peu de milieux d'intervention au Québec ont déjà actualisé ces principes et les ont intégrés dans leurs pratiques courantes. Une très forte proportion de la clientèle à double diagnostic ne reçoit donc pas les services que sa situation particulière requiert.

Ce constat interpelle différents acteurs. C'est un problème qui doit être pris en charge par l'ensemble du réseau. Il ne saurait être question de laisser à un seul milieu d'intervention l'entière responsabilité de traiter tous les cas de comorbidité. Ces cas sont trop nombreux pour croire que la solution idéale puisse être de les référer tous au même endroit.

En fait, chaque milieu doit s'outiller (programmes adaptés, formation et supervision des intervenants, ententes de collaborations avec les partenaires) pour traiter les cas de double problématique au sein de sa propre clientèle. Les milieux existants doivent donc repousser leurs limites, augmenter leur seuil de tolérance face à cette clientèle et accroître leurs compétences pour traiter adéquatement, de façon simultanée et intégrée, les deux problématiques. ***Surtout, que jamais, sous aucun prétexte, cette clientèle soit exclue des services et laissée «entre deux chaises».***

Par ailleurs, tout en faisant en sorte que chaque milieu d'intervention soit en mesure de répondre aux besoins de la majeure partie de la clientèle, il faudra aussi tenter de trouver une solution pour la petite proportion de cas (évaluée à environ 5 à 10% de l'ensemble des doubles diagnostics) qui partout pose problème et déborde réellement les capacités de réponse des réseaux concernés. La recherche devra se poursuivre pour mieux cerner cette portion de la clientèle qui «déborde», préoccupe et mobilise tellement de gens, exige tellement d'énergie, qu'elle fait oublier que la plus grande partie des personnes avec une double problématique est desservie adéquatement ou pourrait l'être avec peu de moyens supplémentaires.

La recherche doit se poursuivre; l'expertise doit continuer de se développer; un plus grand nombre d'intervenants doivent être amenés à s'engager auprès de cette clientèle et ils doivent être soutenus dans leurs efforts; la diffusion et le partage des connaissances doivent se faire; les expériences réussies doivent être mieux connues; les réseaux d'intervention plus traditionnels et les réseaux communautaires doivent travailler davantage en collaboration et pouvoir bénéficier mutuellement de la richesse de leurs visions et de leurs façons de faire respectives; l'évaluation des pratiques doit devenir partie intégrante des processus.

Alors que le ministère vient de mettre en circulation un document de consultation sur les *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, le CPLT émet l'avis que toutes

ces considérations au regard de la double problématique «toxicomanie et problèmes de santé mentale» doivent être prises en compte.

Enfin, le Comité suggère également que l'on s'inspire de la démarche menée face à cette double problématique (collecte de données, réflexion, échanges, recommandations) pour tenter de trouver des solutions aux difficultés rencontrées avec d'autres problématiques multiples: que l'on pense au suicide, au jeu pathologique, à la violence, au décrochage scolaire, à l'itinérance, au sida, etc.

Annexe 1
Liste des membres actuels du CPLT

Louise Nadeau, présidente

Lise Roy, vice-présidente

Jean Sylvestre, secrétaire

Serge Gascon, trésorier

Delfino Campanile, administrateur

Annexe 2
Liste des participants aux rencontres de consultation

Monsieur Denis Boivin, coordonnateur en prévention des toxicomanies à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Dr Suzanne Brissette, chef de l'unité de désintoxication du Pavillon St-Luc, CHUM

Monsieur Réal Daoust, directeur des services professionnels et de réadaptation du Pavillon André-Boudreau

Dr Maurice Dongier, directeur de recherche en alcoolisme à l'hôpital Douglas

Madame Denise Fortin, directrice générale au Centre de crise Ms

Monsieur Léo Fortin, conseiller en santé mentale à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Monsieur Michel Germain, responsable du programme toxicomanie / santé mentale au Centre Dollard-Cormier

Dr Louise Guay, chef du département de psychiatrie à l'Unité de psychiatrie de l'hôpital St-Luc

Madame Betty Guedj-Lafrance, chef de service à la direction générale de la planification et de l'évaluation des politiques et des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Sylvain Harvey, chef de service au centre Le Portage

Monsieur Michel Landry, directeur des services professionnels au Centre Dollard-Cormier

Monsieur Roger Paquet, directeur de la recherche et de l'évaluation au ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Pierre Rouillard, psychiatre au département de toxicomanie de l'hôpital St-François d'Assise

Dr Jean-Yves Roy, consultant en comorbidité à l'hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine

Madame Monique Tessier, chef de service en adaptation sociale à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre