



**Toxicomanie et problèmes sévères
de santé mentale :
recension des écrits et état de situation
pour le Québec**

CPLT

**TOXICOMANIE ET PROBLÈMES SÉVÈRES DE SANTÉ MENTALE :
recension des écrits et état de situation pour le Québec**

**Rapport présenté au
Comité permanent de lutte à la toxicomanie**

par

**Céline Mercier, Ph. D.
Béatrice Beaucage, M. Ps.**

**Unité de recherche psychosociale
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
6875, boul. LaSalle
Verdun, Québec, H4H 1R3**

Février 1997

TOXICOMANIE ET PROBLÈMES SÉVÈRES DE SANTÉ MENTALE : **recension des écrits et état de situation pour le Québec**

RÉSUMÉ

La présence de personnes avec un double diagnostic de toxicomanie et de trouble mental sévère est de plus en plus marquée dans les services de santé mentale et les services de désintoxication et de réadaptation. Cette clientèle s'intègre mal aux services existants qui traitent l'un ou l'autre des troubles séparément et réagit peu aux interventions courantes. Les taux de succès sont faibles et les taux de rechutes élevés, ainsi que le nombre d'hospitalisations et de passages aux urgences hospitalières et sociales. Ces personnes sont aussi particulièrement à risque de judiciarisation et d'itinérance. Devant cette situation, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a commandité cette étude, avec les objectifs suivants :

- 1) documenter, à partir de la littérature spécialisée, la prévalence de la comorbidité entre les troubles psychiatriques sévères et l'abus de psychotropes et identifier les traitements les plus appropriés;
- 2) examiner les données existantes pour documenter le phénomène au Québec, tant du point de vue épidémiologique que des services disponibles;
- 3) présenter sur la base des informations précédentes des pistes de réflexion et des recommandations quant à l'organisation des services pour cette clientèle.

Les données rapportées dans ce rapport sont issues de deux sources : une recension de la littérature spécialisée récente portant sur l'épidémiologie du phénomène et sur l'intervention auprès des doubles diagnostics¹; une série d'entrevues réalisées auprès de différents professionnels spécialisés dans ce domaine au Québec, tant dans le réseau des services psychiatriques que dans celui de la réadaptation en toxicomanie. La sélection des personnes rencontrées s'est effectuée à partir d'un réseau de base de connaissances professionnelles, ainsi que sur référence des intervenants interrogés.

Données épidémiologiques

Selon les enquêtes épidémiologiques américaines, chez les alcooliques, la prévalence à vie de schizophrénie est de l'ordre de 4,5 % à 6 %, et chez les toxicomanes d'environ 7 %.

1 Le but du présent rapport n'étant pas de décrire de façon exhaustive la problématique des doubles diagnostics mais plutôt de documenter l'épidémiologie des cas de toxicomanie et troubles mentaux graves et l'intervention auprès de cette population, la lecture des textes de Drake, McLaughlin, Pepper et Minkoff (1991) et de Drake et Mueser (1996) pour une description détaillée de l'étiologie, des manifestations et des considérations cliniques concernant les doubles diagnostics est suggérée.

Pour les patients schizophrènes, la prévalence à vie d'un trouble d'abus de substance est de 33,7 % pour l'alcool et de 27,5 % pour les drogues. Chez les patients bipolaires, la prévalence à vie d'un trouble relié à l'alcool est de 46 %, et la prévalence de toxicomanie est de 41 %. Les taux de comorbidité sont donc particulièrement élevés chez les populations avec des troubles mentaux sévères. Drake, McLaughlin, Pepper et Minkoff (1991) de même que Kosten et Klever (1988) estiment que de 30 à 50 % des patients psychiatriques seraient des cas de doubles diagnostics. Suivant Cuffel (1996), on peut s'attendre à ce que la moitié des jeunes à leur premier épisode de schizophrénie ou de trouble bipolaire présentent ou développent un trouble relié à l'usage de substances.

Pour le Québec, aucune étude sur la prévalence de troubles mentaux graves et de toxicomanie n'a été effectuée, d'où un manque important de données épidémiologiques sur cette population. D'après les données informelles recueillies dans différents milieux de traitement au Québec, les personnes à double diagnostic compteraient pour 33 à 50 % de la clientèle en milieu psychiatrique, de 2 à 8 % de la clientèle dans les centres publics de réadaptation pour alcoolisme et toxicomanie, de 30 à 40 % dans un centre privé, et de 25% en service de désintoxication en milieu hospitalier (Hôpital Saint-Luc). Ces chiffres sont considérés par les intervenants comme très conservateurs, en raison de l'absence de dépistage systématique.

Modèles d'intervention

Il est maintenant admis, comme principe général, que le traitement des patients à double diagnostic est plus efficace si l'on traite les deux conditions morbides de façon concomitante, plutôt que de considérer un trouble après l'autre (Drake, Bartels, Teague et al., 1993; Hellerstein, Rosenthal et Miner, 1995; Kofoed, Kania, Walsh et al., 1996; Drake, Mc Laughlin, Pepper et al., 1991). Ce traitement concomitant peut se faire de façon parallèle (i.e. les deux troubles sont traités en même temps, mais dans deux services distincts spécialisés) ou intégrée (les deux troubles sont traités par une même équipe de traitement dans un seul programme unifié). Suivant les recherches récentes, le traitement intégré apparaît plus efficace que le traitement parallèle (Drake et Mueser, 1996).

Plusieurs stratégies d'intervention ont été expérimentées au cours des dernières années auprès des patients à double diagnostic. Des progrès importants ont été réalisés dans la conceptualisation et le développement de programmes innovateurs offrant un traitement concomitant des deux troubles (Minkoff & Drake, 1991; Drake et Mueser, 1996). Bien qu'une grande diversité de programmes aient été documentés, ils s'inscrivent généralement dans la lignée de deux modèles principaux mis sur pied aux États-Unis, soit le modèle des services intégrés (New Hampshire) et le modèle de suivi intensif dans le milieu (Bridge, Chicago).

Le but du modèle intégré développé au New Hampshire est d'offrir une intervention à long terme et un soutien à la réadaptation des deux troubles, dans un cadre continu et sans fragmentation. Dans un traitement intégré, la même équipe de cliniciens prend la responsabilité de combiner les interventions en santé mentale et en toxicomanie. Les plans de traitement sont individualisés, et le traitement est coordonné à travers les services internes,

externes et résidentiels. La liaison est assurée entre le système de santé mentale et les autres systèmes (toxicomanie, légal, etc.) (Drake, Antosca, Noordsy, Bartels et Osher, 1991), éventuellement par un programme de gestion de cas (Drake & Noordsy, 1994). De tels programmes intégrés ont été implantés dans des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux de jour et des services externes.

Le programme Bridge, d'abord développé à Chicago, est un modèle de traitement communautaire intensif (*Assertive Community Treatment*, ou ACT), fondé sur une approche de gestion de cas. Cependant, l'ACT se différencie des approches de gestion de cas traditionnelles par le soutien à domicile et dans la communauté, l'assurance que les services essentiels seront fournis aux patients (en les offrant eux-mêmes, lorsque possible), l'approche d'équipe, un nombre de cas par intervenant inférieur à quinze, une disponibilité de 24 heures, sept jours/semaine et l'engagement à long terme du personnel d'offrir une continuité et une stabilité des services. Le Bridge a développé plusieurs programmes spécialisés pour les clientèles à besoins particuliers, tels les sans-abri et les personnes à double diagnostic (Dincin, Zeitz, Farrell, Harrington et al., 1995). La philosophie de base du programme ne requiert pas l'abstinence obligatoire, et voit les rechutes comme des opportunités d'apprentissage plutôt que de leur conférer un sens négatif. Les composantes du programme sont un traitement de jour en groupe, et une alliance avec des groupes appliquant l'approche des douze étapes, et des groupes de support externes. Certains des groupes du centre de jour sont éducationnels et d'autres thérapeutiques. Le programme comporte également un volet résidentiel spécial pour les personnes à double diagnostic qui nécessitent un encadrement pour le logement.

La littérature spécialisée rapporte aussi d'autres modèles d'intervention développés spécifiquement pour les cas de double diagnostic (comme par exemple le modèle en 9 étapes de Sciacca, 1991) et l'adaptation à cette clientèle de modèles déjà existants en psychiatrie (*clubhouse*, psychoéducation, intervention brève) ou en toxicomanie (groupes d'entraide, communauté thérapeutique). Dans ces modèles, l'approche de groupe occupe une place importante et prend plusieurs formes : groupes d'entraide de type AA; groupes de soutien et d'éducation; groupes de socialisation; groupes à progression graduée (Mueser et Noordsy, 1996).

Bien qu'il soit évident que le traitement résidentiel est essentiel au rétablissement pour certains cas de double diagnostic, des recherches récentes suggèrent que, pour beaucoup de patients, le traitement en externe peut être aussi efficace que le traitement interne (Miller, 1990). Le succès serait davantage déterminé par ce qui arrive après le traitement, que pendant. La durée du traitement est également critique et plusieurs cliniciens et patients considèrent qu'une approche à plus long terme (un ou deux ans) serait plus appropriée, vu la difficulté pour ces personnes de maintenir une stabilité résidentielle.

Principales expériences d'intervention au Québec

Parmi les dix programmes d'intervention présentés, quatre relèvent du réseau psychiatrique et six du réseau de la réadaptation en alcoolisme et toxicomanie. De façon générale, 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. Les deux principaux programmes intégrés résidentiels sont rattachés à des centres privés de réadaptation, soit la Clinique du Nouveau Départ et le Centre de réadaptation Portage. De même, environ 25 % de la clientèle de l'Unité de toxicomanie de l'hôpital St-Luc est composée de personnes avec des problèmes sévères de santé mentale. Le programme « Toxicomanie-Santé mentale » de Domrémy-Montréal s'adresse aussi aux problèmes de comorbidité, mais seulement de 7 à 8 % de sa clientèle générale présente des troubles sévères. La tendance actuelle semble donc de développer dans le réseau de la toxicomanie des programmes spécialisés pour y référer la clientèle psychiatrique, bien que l'on retrouve le plus fort contingent de comorbidité avec des problèmes sévères dans le réseau de la santé mentale (de 30 à 50 %, en comparaison de moins de 10 % dans le réseau de la réadaptation en toxicomanie).

Dans le secteur de la santé mentale, les activités de groupe et les thérapies individuelles représentent les interventions les plus courantes. Les autres activités offertes sont l'aide au logement, la gestion financière, la prévention du SIDA, l'intervention auprès de la famille, les références, les collaborations avec d'autres services et intervenants (psychiatres et travailleurs sociaux).

Conclusions

La consultation de la littérature spécialisée aussi bien que les entrevues avec des experts du milieu permettent de dégager certaines conclusions passablement robustes quant à la prévalence et au traitement des problèmes de toxicomanie chez les personnes avec un diagnostic concomitant de trouble sévère de santé mentale. Par ailleurs, certains thèmes sont moins consensuels et suscitent des interrogations.

Le premier point à souligner est celui de la concordance entre les données épidémiologiques américaines, les données québécoises de clientèle et les impressions des cliniciens. Sur cette base, on peut considérer qu'entre le tiers et la moitié des personnes ayant un diagnostic de troubles sévères de santé mentale ont un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (prévalence à vie). Au Québec, ces personnes se retrouveraient très majoritairement dans le réseau des services de santé mentale.

En ce qui concerne le traitement, on peut dégager trois principes généraux, confirmés par l'expérience québécoise. Le premier a trait à la supériorité d'une approche simultanée et intégrée des deux conditions (psychiatriques et d'abus ou de dépendance de substances), par rapport à une approche séquentielle ou parallèle. Le second relève de l'importance d'un dépistage précoce d'un trouble d'abus de substances, étant donné les répercussions cliniques de la surconsommation sur le cours et l'issue des troubles psychiatriques. Le troisième enfin concerne l'efficacité et l'efficience d'une intervention spécifique ; si minimale soit-elle, cette intervention permettrait de prévenir le recours inadéquat et sans effet à d'autres services.

Un thème autour duquel le consensus est moins évident est celui du rôle de l'approche AA dans la réadaptation. Pour certains, l'approche AA est inadéquate pour les personnes avec un double diagnostic, alors que d'autres considèrent qu'elle leur convient. Dans certains cas, on a recours à des groupes AA spécifiques, on apporte des modifications à l'approche de base

ou l'on préconise une intervention préparatoire ou parallèle à la participation à un groupe AA.

Un autre point sur lequel il n'est pas possible de proposer une conclusion générale est celui du traitement de choix. Si on observe une convergence des données à propos des principes énoncés plus haut, on ne peut pas par ailleurs identifier un programme de traitement ou une forme d'intervention nettement supérieure aux autres. Les interventions les moins coûteuses aussi bien que les programmes les plus complexes présentent tous leurs avantages et leurs limites. Cette observation est importante, puisqu'elle témoigne de l'existence d'une gamme de possibilités pour le développement des ressources.

Cette question du développement des ressources est sans aucun doute le point central de cette étude, étant donné l'écart constaté entre l'étendue des besoins et l'offre de services. Il apparaît aussi évident que cette situation est en train de changer rapidement, ne serait-ce qu'en vertu de la pression exercée sur le système de soins par cette clientèle. Les services psychiatriques aussi bien que les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie éprouvent un malaise grandissant devant l'inefficacité de leurs interventions, l'impossibilité de répondre à la demande et les possibilités limitées de développement dans le contexte socio-sanitaire actuel. Dans ces conditions, il apparaît essentiel de tabler sur les connaissances et les ressources déjà existantes, avec l'objectif de maximiser le plus possible les efforts consentis pour le traitement des personnes avec un double diagnostic. Dans le développement de services, il s'agit de s'appuyer sur des interventions d'appoint aussi bien que sur des programmes spécialisés complexes, en fonction du volume de la demande et des ressources disponibles. Les recommandations sont proposées dans cette perspective.

Recommandations

À partir du moment où une équipe d'intervenants, une unité de soins, un centre de réadaptation, un département hospitalier, un centre hospitalier spécialisé ou une instance administrative reconnaît l'importance d'une approche spécifique pour les personnes présentant une double problématique de trouble sévère de santé mentale et d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, les recommandations suivantes pourraient être appliquées :

1. Sensibiliser le personnel des services de santé mentale à la nécessité de dépister et d'évaluer adéquatement les problèmes de surconsommation d'alcool et de drogues. Malgré le sentiment généralisé de l'existence de ces problèmes parmi leur clientèle, les intervenants examinent peu ces questions et ce, pour plusieurs raisons : ils ne les considèrent pas du domaine de leur responsabilité clinique; ils se sentent peu compétents pour traiter de ces questions; ils n'en voient pas l'utilité, en l'absence de possibilités d'interventions qui tiendraient compte de cette comorbidité. Aussi, cette recommandation ne fait-elle du sens que dans la mesure où l'on prendra aussi en considération celles qui suivent.
2. Former les intervenants des réseaux de la toxicomanie et de la santé mentale aux aspects de base de la comorbidité dont les effets croisés de la médication, de l'alcool, et des drogues, le rôle de la toxicomanie sur l'émergence, le cours et l'issue des troubles mentaux graves, la prévention de la rechute.
3. En relation avec la sensibilisation, le dépistage et la formation, développer des interventions spécifiques basées sur la littérature et les connaissances cliniques actuelles. Des options relativement peu coûteuses existent (groupe spécialisé, par exemple) et sont amplement documentées dans la littérature. Ces options pourraient être développées par une réallocation des ressources, une réorientation d'une activité déjà existante ou une action commune entre deux services ou deux équipes.
4. Développer et soutenir des programmes spécialisés de traitement intégré, là où le volume de la demande justifie de tels programmes. Il est important de considérer ici que la clientèle visée représente déjà une clientèle très lourde pour les services et qu'un programme spécialisé intégré est plus efficace que les modalités actuelles de passage d'un réseau à l'autre (de la psychiatrie à la réadaptation ou l'inverse) ou de non traitement d'une dimension de la problématique (généralement l'alcoolisme et la toxicomanie).
5. Organiser un système de prise en charge efficace de ces patients, depuis le dépistage jusqu'au suivi dans le milieu, et mieux coordonner les services. Il est reconnu que les personnes avec un double diagnostic présentent des risques élevés de rechute, de crise, et d'expulsion ou d'exclusion des ressources d'hébergement. Il faut donc permettre une prise en charge rapide suite au dépistage et pouvoir les assurer d'un suivi plus intensif. Les équipes de suivi intensif dans le milieu sont particulièrement efficaces avec cette clientèle et s'avèrent moins coûteuses que le recours à l'urgence et à l'hospitalisation. Là encore, si

le volume de la clientèle ou les ressources ne permettent pas la mise sur pied d'un dispositif complet de suivi dans le milieu, il importe de se rappeler qu'une intervention de groupe, minimale, mais continue (une rencontre par semaine) représente déjà une contribution non négligeable. Des interventions de soutien auprès des proches favorisent aussi la stabilisation des deux conditions et la prévention des crises.

6. Inclure dans les interventions auprès des personnes avec un diagnostic sévère de trouble de santé mentale, des éléments de prévention primaire de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Au-delà de la prévention de la crise et de la rechute, la prévention primaire s'avère aussi essentielle auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Leurs conditions de vie (ennui, isolement), leur situation sociale (déclassification, marginalisation) et leur état psychologique (recours à l'automédication, effets des symptômes psychiatriques, de la médication et de ses effets secondaires) les rendent particulièrement vulnérables au développement d'une dépendance aux substances psychotropes. En ce domaine, il ne semble pas exister beaucoup de modèles d'intervention spécifiques, alors que ces questions devraient faire partie intégrante des programmes de réadaptation et de réinsertion psychosociale.
7. Favoriser par tous les moyens possibles les échanges d'expertise et la mise à profit de l'expérience acquise. Cette enquête a permis de constater la richesse et la qualité des interventions en cours et la volonté d'améliorer constamment le niveau des connaissances. Cet état de situation est nécessairement très partiel, puisque depuis la fin de la collecte des données, nous avons entendu parler de d'autres initiatives, au plan de la formation, de l'intervention ou de l'action concertée. Il faut absolument fournir à toutes les personnes et organismes engagés dans des initiatives reliées à cette problématique l'occasion de se rencontrer, de partager leurs expériences et de développer un réseau d'échanges, par la voie d'un colloque provincial ou de rencontres régionales, par exemple. La littérature spécialisée compte nombre d'indications cliniques, et certains articles devraient faire l'objet d'une large diffusion (voir liste de références). On peut enfin consulter un site WEB sur les doubles diagnostics à l'adresse suivante : http://_pobox.com/~dualdiagnosis.
8. Envisager le développement des services dans une perspective inter sectorielle, de façon à pouvoir tenir compte des autres problématiques souvent reliées aux doubles diagnostics, dont la judiciarisation, l'itinérance et la vulnérabilité aux problèmes de santé chronique, aux maladies infectieuses et aux traumatismes (accidents et assauts). Il faut reconnaître que ce travail demeure partiel, dans la mesure où il n'a pas pris en compte la question des problématiques multiples. Des données épidémiologiques, des modèles d'intervention et des expériences québécoises existent sur cette question et devraient être intégrées pour une approche globale de la comorbidité toxicomanie et problèmes psychiatriques sévères et des autres problèmes associés. Un exemple, non documenté dans le cadre de ce travail, d'une telle action concertée inter sectorielle, est celle du Plan d'organisation des services pour la jeunesse de la Régie régionale Laurentides, lequel regroupe les secteurs de l'adaptation sociale, de la toxicomanie et de la santé mentale.

Références

- Dincin, J., Zeitz, M.A., Farrell, D., Harrington, L., Green, W., Pavick, D., Rucks, C., et Illing, P. (1995) Special programs for special groups. New Directions for Mental Health Services, 68: 55-74.
- Drake, R.E., et Mueser, K.T. (Eds.) (1996) Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse. Volume 2: Recent research and clinical implications. (New Directions for Mental Health Services). San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 70: 115 p.
- Drake, R.E., et Noordsy, D.L. (1994) Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. Psychiatric Annals, 24, 8: 427-431.
- Drake, R.E., McLaughlin, P., Pepper, B., et Minkoff, K. (1991) Dual diagnosis of major mental illness and substance use disorder: An overview. New Directions for Mental Health Services, 50: 3-12.
- Drake, R.E., Antosca, L.M., Noordsy, D.L., Bartels, S.J., et Osher, F.C. (1991) New Hampshire's specialized services for people dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder. New Directions for Mental Health Services, 50: 57-67.
- Drake, R.E., Bartels, S.J., Teague, G.B., Noordsy, D.L. et Clark, R.E. (1993) Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 181, 606-611.
- Hellerstein, D.J., Rosenthal, R.N., et Miner, C.R. (1995) A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients. American Journal on Addictions, 4: 33-42.
- Kofoed, L. (1993) Outpatient vs. inpatient treatment for the chronically mentally ill with substance use disorders. Journal of Addictive Diseases, 12, 3: 123-137.
- Kofoed, L., Kania, J., Walsh, T., Atkinson, R. (1986) Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. American Journal of Psychiatry, 143: 867-872.
- Kosten, T. R., et Klever, H. D. (1988). Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers. Journal of Substance Abuse Treatment. 5, 4: 201-206.
- Minkoff, K., et Drake, R.E. (1991) Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder. Editors' notes. New Directions for Mental Health Services, 50: 1-2.
- Mueser, K.T. et Noordsy, D.L. (1996) Group treatment for dually diagnosed clients. New Directions for Mental Health Services, 70, 33-52.

Céline Mercier, Ph.D.
Béatrice Beaucage, M.Ps.
Décembre 1996

Table des matières

Résumé.....	i
Table des matières	ix
Introduction.....	1
Remerciements	2
Chapitre 1 : Données épidémiologiques.....	3
1.1 Les enquêtes américaines.....	3
1.2 Les données pour le Québec	4
Chapitre 2 : Modèles d'intervention	6
2.1 Aperçu général.....	6
2.2 Le modèle des services intégrés.....	7
2.2.1 Le programme du New Hampshire.....	7
2.2.2 Les programmes en milieu hospitalier psychiatrique	9
2.2.3 Les programmes externes	17
2.3 Le modèle du traitement communautaire intensif.....	20
2.3.1 Le programme Thresholds de Chicago.....	21
2.3.2 Autres expériences de traitement communautaire intensif	23
2.4 Autres modèles.....	25
2.4.1 Un programme en neuf étapes.....	25
2.4.2 Le modèle <i>Clubhouse</i>	27
2.4.3 La psychoéducation	28
2.4.4 Les groupes d'entraide	29
2.4.5 La communauté thérapeutique.....	29
2.4.6 L'intervention brève.....	30
2.5 Conclusions.....	31

chapitre 3 : Principales expériences d'intervention au Québec.....	33
3.1 Les services en psychiatrie.....	33
3.1.1 Service des soins continus, Hôpital Général de Montréal.....	33
3.1.2 Clinique Jeunes adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine	37
3.1.3 Unité de psychiatrie, Hôpital Saint-Luc	40
3.1.4 Urgence psychiatrique, Hôpital Douglas	44
3.2 Les services en réadaptation.....	45
3.2.1 Programme Toxicomanie-Santé mentale, Domrémy-Montréal	45
3.2.2 Département de toxicomanie, Hôpital Saint-François d'Assise	49
3.2.3 Unité de toxicomanie, Hôpital Saint-Luc.....	52
3.2.4 Centre de réadaptation Portage	54
3.2.5 La Clinique du Nouveau Départ Inc.	57
3.3 Un programme en centre communautaire : le Centre Bienvenue	61
3.4 Bilan de la situation au Québec.....	64
Conclusions.....	65
Recommandations.....	67
Références.....	70
Annexe 1 : Liste des personnes interviewées	75
Annexe 2 : Schéma d'entrevue	76
Annexe 3 : Site WEB sur les doubles diagnostics	78

Introduction

La présence de personnes avec un double diagnostic de toxicomanie et de trouble mental sévère est de plus en plus marquée parmi la clientèle des services de santé mentale et des services de désintoxication et de réadaptation. Cette clientèle s'intègre mal aux services existants qui traitent l'un ou l'autre des troubles séparément et réagit peu aux interventions courantes. Les taux de succès sont faibles et les taux de rechutes élevés, ainsi que le nombre d'hospitalisations et de passages aux urgences hospitalières et sociales. Ces personnes sont aussi particulièrement à risque de judiciarisation et d'itinérance. Devant cette situation, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a commandité cette étude, avec les objectifs suivants :

- 1) documenter, à partir de la littérature spécialisée, la prévalence de la comorbidité entre les troubles psychiatriques sévères et l'abus de psychotropes et identifier les traitements les plus appropriés;**
- 2) examiner les données existantes pour documenter le phénomène au Québec, tant du point de vue épidémiologique que des services disponibles;**
- 3) présenter sur la base des informations précédentes des pistes de réflexion et des recommandations quant à l'organisation des services pour cette clientèle.**

Les données rapportées dans ce rapport sont issues de deux sources : une recension de la littérature spécialisée récente portant sur l'épidémiologie du phénomène et sur l'intervention auprès des personnes à double diagnostic¹; une série d'entrevues réalisées auprès de différents professionnels spécialisés dans ce domaine au Québec, tant dans le réseau des services psychiatriques que dans celui de la réadaptation en toxicomanie. La sélection des

1 Le but du présent rapport n'étant pas de décrire de façon exhaustive la problématique des doubles diagnostics mais plutôt de documenter l'épidémiologie des cas de toxicomanie et troubles mentaux graves et l'intervention auprès de cette population, la lecture des textes de Drake, McLaughlin, Pepper et Minkoff (1991) et de Drake et Mueser (1996) pour une description détaillée de l'étiologie, des manifestations et des considérations cliniques concernant les doubles diagnostics est suggérée.

personnes rencontrées s'est effectuée à partir d'un réseau de base de connaissances professionnelles, ainsi que sur référence des intervenants interrogés. Chaque informateur a eu la possibilité de revoir le texte du rapport rédigé à partir de son entrevue. On trouvera à l'annexe 1 la liste des personnes rencontrées et à l'annexe 2 le schéma d'entrevue.

Les données épidémiologiques les plus récentes sur les doubles diagnostics sont présentées dans le premier chapitre de ce rapport. Ces données sont tirées d'enquêtes de population (générale et clinique) pour ce qui est des États-Unis, et des observations des cliniciens pour le Québec. Le second chapitre s'intéresse aux différents modèles d'intervention rapportés dans la littérature spécialisée. On retrouve au chapitre 3 la description de programmes d'intervention et de services existant au Québec. Ce rapport se termine sur des recommandations proposées à partir des conclusions de la littérature spécialisée, des recommandations des cliniciens et de l'expérience acquise à partir des pratiques et programmes existants.

Remerciements

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie et les auteures de ce document souhaitent remercier les personnes qui ont généreusement accepté d'être interrogées dans le cadre de ce travail. Leur contribution a été absolument essentielle à sa réalisation, puisqu'elles ont été les principales sources de données pour ce qui est de la section concernant le Québec. Nous souhaitons que le contenu de ce rapport, ses conclusions et ses recommandations puissent leur être utiles dans leur travail de auprès des personnes qui connaissent des problèmes sévères de santé mentale et de toxicomanie.

Louise Nadeau, Ph.D.

Céline Mercier, Ph.D.

Béatrice Beaucage, M.Ps.

Chapitre 1 : Données épidémiologiques

1.1 Les enquêtes américaines

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). Le Epidemiologic Catchment Area Program, du National Institute of Mental Health, a estimé la prévalence de la comorbidité psychiatrique pour la population américaine (Regier et al., 1990). Parmi les individus avec un diagnostic de trouble mental (22,5 % de prévalence à vie dans la population), la prévalence à vie de trouble relié à une substance psychoactive était de 29 % (incluant le chevauchement de 22 % pour l'alcool et de 15 % pour les autres drogues). Inversement, pour les sujets ayant un trouble relié à l'alcool (13,5 % de la population), le taux de comorbidité d'un autre trouble mental était de 37 %. Le plus haut taux de comorbidité se retrouvait chez ceux ayant un trouble lié à une autre drogue (6,1 % de la population) : plus de la moitié (53 %) d'entre eux avait un diagnostic concomitant de trouble mental. Ainsi, la présence d'un trouble mental est associée 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.

Plus spécifiquement, dans la population clinique, des taux élevés de comorbidité de troubles mentaux graves et de toxicomanie ont été relevés. Pour les diagnostics de schizophrénie et troubles schizophréniformes (1,5 % de la population générale), le taux de prévalence à vie de toxicomanie atteint 47 % (33,7 % pour l'alcool et 27,5 % pour les autres drogues). Cela signifie que cette population est trois fois plus à risque de développer un trouble relié à l'alcool, et six fois plus à risque pour les autres drogues. Les diagnostics de trouble bipolaire s'accompagnent d'une prévalence de 60,7 % d'abus de substance (46 % pour l'alcool et 41 % pour les autres drogues), soit un taux onze fois plus élevé que dans la population. Chez les alcooliques, la prévalence de troubles mentaux serait de trois à quatre fois plus élevée pour la schizophrénie (Regier et al., 1990; Chiauzzi, 1994), et cinq fois plus élevée pour le trouble bipolaire. Pour les usagers de drogues autres que l'alcool, le taux de schizophrénie serait de 7 % (Regier et al., 1990).

Les taux de comorbidité sont donc particulièrement élevés pour les troubles mentaux sévères et compliquent considérablement le traitement. Une étude de Kosten et Klever (1988) relève que de 30 à 50 % des patients psychiatriques, et 80 % des toxicomanes, seraient des cas de doubles diagnostics. Drake, McLaughlin, Pepper et al., (1991) estiment pour leur part que cette prévalence est de un tiers à la moitié des patients en milieu psychiatrique. Les patients à double diagnostic apparaîtraient aussi souvent dans le système de traitement pour la toxicomanie que dans celui de la santé mentale (Minkoff, 1991). Suivant les données les plus récentes, les taux de comorbidité ne cessent de s'accroître. En 1990, on considérait qu'en moyenne, 20 % des patients se présentant en traitement pour un problème de santé mentale répondaient aussi aux critères d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance (Regier et al., 1990). D'après les données publiées en 1993 et 1994, jusqu'à la moitié des personnes avec un diagnostic de schizophrénie admises suite à une exacerbation aiguë de leurs symptômes, avaient aussi un diagnostic d'abus ou de dépendance (Drake, Alterman et Rosenberg, 1993; Warner, Taylor, Wright et al., 1994). Enfin, suivant Cuffel (1996), la moitié des jeunes à leur premier épisode de schizophrénie ou de trouble bipolaire allait présenter au cours de leur vie un trouble relié à l'usages de substances psychotropes.

En résumé, chez les alcooliques, la prévalence à vie de schizophrénie est de l'ordre de 4,5 % à 6 %, et chez les toxicomanes d'environ 7 %. Pour les patients schizophrènes, la prévalence à vie d'un trouble d'abus de substance est de 33,7 % pour l'alcool et de 27,5 % pour les drogues. Chez les patients bipolaires, la prévalence à vie d'un trouble relié à l'alcool est de 46 %, et la prévalence de toxicomanie est de 41 %.

1.2 Les données pour le Québec

Pour le Québec, aucune étude sur la prévalence de troubles mentaux graves et de toxicomanie n'a été effectuée, d'où un manque important de données épidémiologiques sur cette population. Toutefois, quelques données recueillies dans diverses institutions de santé mentale et de réadaptation sont disponibles, et illustrent la présence des doubles problématiques dans la population clinique.

Au Service des Soins Continus de l'Hôpital Général de Montréal, la prévalence de patients à double diagnostic de trouble mental sévère et d'un trouble d'abus ou de dépendance de substances est évaluée à 39 %. On prévoit le dépistage d'un nombre encore plus élevé avec l'addition de deux nouvelles mesures d'évaluation. Les intervenants estiment la prévalence réelle des patients à double diagnostic à environ 50 % dans leur clientèle actuelle, d'après l'observation clinique. Les comorbidités les plus courantes sont la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs et bipolaires, accompagnés d'abus de marijuana, de cocaïne et d'alcool. Les intervenants de la Clinique Jeunes adultes de l'Hôpital Louis H. Lafontaine estiment pour leur part à un tiers la prévalence à vie de toxicomanie chez leur clientèle. À l'Hôpital St-Luc, la prévalence de cas de comorbidité est estimée à au moins 50 % des patients dans l'unité de psychiatrie (principalement des schizophrènes qui abusent typiquement d'alcool, de drogues, et/ou de médicaments), et à 25 % dans l'unité de toxicomanie (principalement psychose ou schizophrénie). La clientèle à double diagnostic avec troubles mentaux sévères, excluant les troubles de personnalité, compte pour 7 à 8 % de la clientèle actuelle de Domrémey-Montréal (principalement schizophrénie). À l'unité de toxicomanie de l'Hôpital St-François-d'Assise, deux à trois pour cent de la clientèle présenteraient un trouble affectif bipolaire ou une schizophrénie. À la Clinique du Nouveau Départ, finalement, 30 à 40 % des toxicomanes présentent un problème de comorbidité.

En résumé, d'après les données informelles recueillies dans différents milieux de traitement au Québec, les patients à double diagnostic compteraient pour 33 à 50 % de la clientèle en milieu psychiatrique, de 2 à 8 % de la clientèle dans les centres publics de réadaptation pour alcoolisme et toxicomanie, de 30 à 40 % dans un centre privé, et de 25 % dans les services de désintoxication en milieu hospitalier (Hôpital Saint-Luc). Ces chiffres sont considérés par les intervenants comme très conservateurs, en raison de l'absence de dépistage systématique.

Chapitre 2 : Modèles d'intervention

2.1 Aperçu général

Il est maintenant admis, comme principe général, que le traitement des patients à double diagnostic est plus efficace si l'on traite les deux conditions morbides de façon concomitante, plutôt que de considérer un trouble après l'autre (Drake, Bartels, Teague et al., 1993; Hellerstein, Rosenthal et Miner, 1995; Kofoed, Kania, Walsh et al., 1986; Drake, Mc Laughlin, Pepper et al., 1991). Ce traitement concomitant peut se faire de façon parallèle (i.e. les deux troubles sont traités en même temps, mais dans deux services distincts spécialisés) ou intégrée (les deux troubles sont traités par une même équipe de traitement dans un seul programme unifié). Chaque approche a ses avantages et inconvénients. Le traitement intégré permet une intervention unifiée et simultanée pour les deux troubles, sous une même supervision, dans un cadre conçu pour accommoder les deux profils de difficultés, et par des cliniciens formés spécifiquement pour les doubles diagnostics. Par contre, il est difficile de développer un assez grand nombre et une assez grande variété de programmes intégrés spécialisés pour le nombre de patients en besoin de traitement, et pour toutes les variantes de doubles diagnostics (selon le diagnostic, la sévérité du trouble, ...). Le traitement parallèle, pour sa part, permet d'utiliser les ressources déjà existantes dans les deux réseaux, en y apportant les modifications nécessaires. Toutefois, il est difficile de maintenir la continuité à travers les multiples étapes de traitement dans les deux systèmes, même si on a recours à des agents de coordination des services (*case managers*). De façon générale, le traitement intégré apparaît comme la meilleure option, lorsque les ressources le permettent (Minkoff, 1991; Carey, 1996).

Plusieurs stratégies d'intervention ont été expérimentées au cours des dernières années auprès des patients à double diagnostic. Des progrès importants ont été réalisés dans l'évaluation clinique de la comorbidité (Drake, Rosenberg et Mueser, 1996; Mueser, Drake, Clark, McHugo et al., 1995) et dans la conceptualisation et le développement de programmes novateurs offrant un traitement concomitant des deux troubles (Minkoff & Drake, 1991; Drake et Mueser, 1996). Bien qu'une grande diversité de programmes aient été documentés, ils s'inscrivent généralement dans la lignée de deux modèles principaux mis sur pied aux États-

Unis, soit le modèle des services intégrés (New Hampshire) et le modèle de suivi intensif dans le milieu (Bridge, Chicago).

Le modèle des services intégrés sera décrit en premier lieu, suivi d'une dizaine d'exemples de traitements qui s'inscrivent dans la lignée de ce modèle. Le modèle du suivi intensif dans le milieu sera ensuite exposé, ainsi que quatre exemples de l'application de ce modèle dans le traitement des patients à double diagnostic. Finalement, d'autres modèles décrits dans la littérature spécialisée, tels, la psychoéducation, les *clubhouses*, les groupes d'entraide, la communauté thérapeutique seront présentés.

2.2 Le modèle des services intégrés

Le modèle des services intégrés a été développé suite au constat d'échec des traitements séquentiels - ou en parallèle mais avec peu de coordination - de la toxicomanie et des troubles psychiatriques (Drake, Antosca, Noordsy, Bartels et al., 1991). Ces traitements répondent inadéquatement aux besoins des patients à double diagnostic et le personnel, formé uniquement dans l'une ou l'autre des disciplines, est mal outillé face à ces patients qui présentent des tableaux cliniques complexes. Le programme du New Hampshire, développé en 1987, est possiblement la première tentative de traitement intégré pour les cas de double diagnostic en tant que service spécialisé offert à la grandeur d'un État (Drake, Antosca, Noordsy, Bartels et al., 1991).

2.2.1 Le programme du New Hampshire

Drake, Bartels, Teague, Noordsy et al. (1993) décrivent neuf principes ou éléments structurels nécessaires pour une intervention efficace auprès des personnes à double diagnostic. Ces principes sont : (1) le suivi actif (*assertive outreach*) dans la communauté et la mise en place d'interventions actives comme rencontrer les personnes à double diagnostic dans leur milieu, superviser leur médication, les assister dans leurs besoins de base, travailler avec leur réseau, afin de favoriser l'engagement et la participation au traitement, par le biais entre autres des équipes de soins continus (à lui seul, le suivi actif augmenterait de six fois la probabilité que la personne persiste dans le traitement); (2) la supervision intensive, volontaire ou involontaire, souvent nécessaire pour initier le traitement, que ce soit par l'utilisation des

services légaux (par exemple, obtenir une probation pour permettre l'entrée dans le traitement) ou autres; (3) l'intégration des traitements psychiatriques et d'abus de substances, de façon à éviter la fragmentation des soins et la confrontation à deux philosophies de traitement incompatibles (ce qui peut être implanté, selon les auteurs, dans la plupart des services communautaires de santé mentale à un coût minimal et par le biais, principalement, de la formation et du soutien au personnel); (4) la globalité (*comprehensiveness*) de l'approche, qui se doit d'englober tous les aspects de la vie du patient - résidence, relations interpersonnelles, habiletés vocationnelles - dans une optique de support communautaire; (5) l'hébergement stable, en offrant des options d'habitation dans un contexte sécuritaire, supportant, et libre d'alcool et de drogues; (6) la flexibilité et la spécialisation des programmes et des cliniciens, qui doivent modifier leur approche de base pour s'adapter au traitement des doubles diagnostics; (7) un traitement par étapes pour assurer la pertinence contextuelle des interventions, selon l'évolution de chaque client; (8) une perspective longitudinale, congruente avec la chronicité et la réadaptation à long terme des doubles diagnostics; et (9) l'optimisme, ou l'espoir en la réadaptation du patient, tant chez la famille, les cliniciens que chez le patient lui-même. La démoralisation chez le patient est fréquente, mais ne doit pas être confondue avec une absence de motivation et induire le pessimisme chez les intervenants.

Le but du modèle intégré est d'offrir une intervention à long terme et un soutien à la réadaptation des deux troubles chroniques, dans un cadre continu et sans fragmentation. Dans un traitement intégré, la même équipe de cliniciens prend la responsabilité de combiner les interventions en santé mentale et en toxicomanie. Les plans de traitement sont individualisés, et le traitement est coordonné à travers les services internes et externes. La liaison est assurée entre le système de santé mentale et les autres systèmes : système de toxicomanie, système légal, etc. (Drake, Antosca, Noordsy, Bartels et al., 1991a). La gestion de cas peut être intégrée à l'approche (Drake & Noordsy, 1994).

Ridgely (1991) rapporte d'autres exemples de traitement intégré pour les personnes à double diagnostic. Le programme-pilote PISA (*Psychiatrically Impaired Substance Abusers*) a été mis sur pied à Portland (Oregon). Ce programme séquentiel très structuré, sans limite de

temps, offre un traitement résidentiel et un traitement externe, et intègre les techniques d'intervention des deux systèmes (Kofoed, Kania, Walsh et al., 1986). Le traitement inclut six semaines de rencontres de groupe hebdomadaires - axées sur la stabilisation de l'état du patient, la gestion de la médication et l'abstinence - , ainsi que des groupes d'éducation, de support et de développement de buts, des rencontres avec des groupes d'Alcooliques Anonymes (AA), et la possibilité de thérapie individuelle, familiale ou de counselling selon les besoins de chaque patient. La pharmacologie (de type Antabuse) et les tests d'urine sont utilisés pour favoriser l'abstinence. Ce programme, sur une durée d'environ un an, a connu un certain succès avec des patients schizophrènes principalement alcooliques, lorsqu'ils demeuraient en traitement plus de trois mois. Notamment, les patients ont connu une réduction d'utilisation des services hospitaliers ainsi qu'une réduction marquée d'abus de substances. Le taux d'attrition, bien qu'important, n'était pas plus élevé pour les patients à double diagnostic que pour les patients à diagnostic unique de toxicomanie traités dans la même unité.

Le Caulfield Center est un programme intégré pour patients à double diagnostic développé dans une unité de désintoxication (Minkoff, 1989). Le programme est basé sur le traitement en douze étapes des AA, avec la philosophie du modèle de maladie/rétablissement, intégré au modèle bio-psycho-social du traitement des troubles psychiatriques sévères. La toxicomanie et le trouble mental sont vus comme deux maladies parallèles, chroniques et biologiques. Le traitement interne compte 21 lits et offre des traitements individualisés pour les besoins de chaque client, avec quatre variations : le traitement de toxicomanie, le traitement psychiatrique, et deux traitements mixtes toxicomanie/psychiatrie ou psychiatrie/toxicomanie, selon la problématique dominante. Le client peut évoluer d'un groupe à un autre au fil du traitement. La première tâche majeure du traitement est la réduction du déni massif manifesté par les patients. Les étapes de la réadaptation sont la stabilisation aiguë (durée de trois jours à trois mois selon la sévérité des symptômes à stabiliser), l'engagement dans le traitement, la stabilisation prolongée, qui comprend le maintien de l'abstinence complète et la participation intensive à des groupes d'entraide (durée de un à douze mois), et la réadaptation proprement dite, après le traitement interne, ce qui

implique le maintien à long terme de la stabilisation et de la sobriété, par la participation à des activités de type AA.

2.2.2 Les programmes en milieu hospitalier psychiatrique

Daley et al. (1991) ont décrit l'intégration d'un programme pour patients à double diagnostic dans un hôpital psychiatrique de soins aigus. Leur programme comporte tout d'abord une étape d'évaluation à l'aide d'instruments de mesure spécifiques et un traitement de désintoxication. L'étape suivante est celle des services de traitement multiples. Ces services consistent en des rencontres individuelles avec des infirmières, psychiatres et travailleurs sociaux; une thérapie de groupe, quatre fois par semaine; un groupe d'éducation "double réadaptation", quatre fois par semaine; une thérapie par l'art créatif et expressif; un service pour les familles; et un groupe conclusion à la fin de chaque journée. D'autres services plus spécialisés incluent l'entraînement à l'affirmation de soi, une thérapie cognitive, un groupe pour les enfants adultes de toxicomanes, un groupe pour les femmes, des groupes AA et NA hebdomadaires dans l'hôpital, ainsi que des activités récréatives.

La dernière étape est le suivi après-traitement. Les patients sont alors référés au programme externe pour patients à double diagnostic, lequel offre des thérapies de groupe et individuelles ainsi qu'une gestion de la médication, ou alors à d'autres programmes pour personnes à double diagnostic. L'hôpital tente aussi de les référer à des groupes d'auto-traitement, mais rencontre souvent des problèmes : les personnes à double diagnostic y sont refusées, ou si elles y sont incluses, elles ne bénéficient pas toujours dans ces contextes du support et de l'acceptation nécessaires. Les problèmes les plus courants dans l'étape d'après-traitement sont la rechute ou le refus de poursuivre le traitement.

Les concepteurs du programme relatent que les principales difficultés rencontrées dans l'implantation du programme furent les résistances du personnel à accueillir des patients toxicomanes dans l'unité, et à accepter les spécialistes des doubles diagnostics venus de l'extérieur. La formation des intervenants fut aussi difficile, et, suivant les auteurs, l'approche la plus efficace pour la formation est l'expérience directe par l'observation et la co-animation

graduelle des groupes. Malgré l'absence de critères objectifs d'évaluation, l'évaluation subjective du programme par l'observation clinique est positive, et les patients se montrent satisfaits de leurs progrès.

Galanter, Egelko, Edwards et Vergaray (1994) ont décrit un modèle de système de traitement pour les patients à double diagnostic implanté dans un hôpital public (Bellevue Hospital, New York) où la prévalence de toxicomanie chez les patients admis à l'unité psychiatrique avait été estimée à 64 %. La toxicomanie la plus courante chez les patients, provenant surtout de milieux défavorisés, était l'abus de cocaïne/crack. Le programme a été mis sur pied suite au constat que les hôpitaux généraux étaient mal équipés pour faire face aux effets combinés de la toxicomanie et des troubles psychiatriques et que les traitements internes en psychiatrie incluaient rarement des groupes de traitement en douze étapes, des programmes de psychoéducation ou des programmes de prévention de la rechute nécessaires à la réadaptation des toxicomanes. Parallèlement, les unités de désintoxication conventionnelles prêtaient peu d'attention aux symptômes psychiatriques. Le programme de l'équipe de Galanter met l'accent sur l'intervention par les pairs (*peer leadership*) pour engager les patients sur la voie de l'abstinence et contrecarrer le déni.

Le programme comprend trois unités distinctes pour les cas de double diagnostic : le traitement interne, la résidence de transition (*halfway house*), et un programme de jour ambulatoire. Les trois unités sont complémentaires et forment un système intégré. Chacune est supervisée par un psychiatre. Le traitement interne comporte 27 lits et offre un programme thérapeutique qui inclut, en plus du traitement pharmacologique, du suivi psychiatrique et de la thérapie de milieu traditionnels, des activités spécifiques pour les patients à double diagnostic : des groupes de psychoéducation portant sur des thèmes liés à la toxicomanie, comme la prévention de la rechute et la prévention du SIDA; des groupes AA/NA quotidiens; et des groupes de planification de l'après-traitement, ainsi qu'une préparation à passer à l'unité suivante. Un modèle behavioral, l'économie de jetons (*token economy*), est appliqué afin de réduire les problèmes liés à la prise des médicaments et de régression. Ce modèle vise la présence aux activités et le respect des routines de l'unité, et

consiste en l'évaluation des patients par des pairs-évaluateurs (qui obtiennent ce statut en récompense de leur propre respect du traitement), évaluations qui déterminent l'octroi de crédits permettant l'accès à certains privilèges.

La résidence de transition comporte 30 lits, et a été établie dans une résidence adjacente à l'hôpital en raison, entre autres, du problème d'itinérance souvent présent chez les cas de double diagnostic. Cette deuxième unité de traitement prévoit une période de résidence pouvant aller jusqu'à six mois. Elle vise la réadaptation aux niveaux psychiatrique et de la toxicomanie, ainsi qu'une préparation à la vie indépendante dans la communauté. Cette unité à l'encadrement plus léger offre une alternative à l'hospitalisation pour les patients stabilisés. Une équipe de professionnels en santé mentale assure la supervision. Les tâches relatives à la vie dans la résidence sont réalisées par les patients eux-mêmes, dirigés par les résidents ayant atteint le plus haut niveau de crédits. Ces patients coordonnent l'ensemble des activités. Le modèle a été adapté du modèle de la communauté thérapeutique, avec quelques modifications : chaque patient rencontre un thérapeute pour des sessions de thérapie hebdomadaires, et la majorité des patients sont maintenus sous médication. Le format des groupes de confrontation est adapté pour des patients plus fragiles, et le modèle de récompenses/sanctions est appliqué en collaboration avec les patients et les intervenants. L'abstinence est observée de façon stricte, et des rechutes répétées (mesurées par des analyses d'urine) mènent à l'exclusion du service. Cette résidence n'accueille que des hommes, les patientes étant acheminées vers une autre source d'hébergement supervisé.

Suite à ce traitement résidentiel, le programme ambulatoire permet d'assurer un suivi moins intensif. Les patients se présentent au centre de jour de l'hôpital de 9h à 15h chaque jour, ou de façon plus espacée selon les besoins. L'accent est mis sur la réadaptation sociale, toujours selon le modèle de la communauté thérapeutique. Les rencontres de groupes sont complétées par un traitement intensif de milieu et des soins psychiatriques. Les patients peuvent animer les groupes, ou diriger les activités des autres unités. L'orientation demeure axée sur l'abstinence, par le biais de la pression sociale (dans les groupes quotidiens) et de l'engagement dans des programmes en douze étapes externes. Un autre thème central est la

stabilité résidentielle dans un environnement sans drogue. Le programme de jour accueille quotidiennement une quarantaine de patients.

De façon générale, le programme a été bien accueilli dans l'hôpital par les professionnels en psychiatrie. L'implantation d'un tel programme implique cependant des changements structurels qui requièrent l'adaptation de certains professionnels. Ainsi, la direction d'activités par des patients empiète sur le rôle traditionnel de travailleurs sociaux en milieu hospitalier, ce qui a nécessité une formation active et une révision des rôles. De plus, la relation entre les divers services a dû être réorganisée pour accommoder le nouveau programme, ce qui a occasionné des négociations répétées avec le personnel. Néanmoins, les conclusions du programme semblent positives.

Les auteurs recommandent la restructuration des programmes de traitement hospitalier dans les hôpitaux avec des concentrations importantes de patients à double diagnostic afin de mieux répondre à leurs besoins spécifiques. Une nouvelle formulation de traitement inclurait l'intégration des deux interventions et de multiples niveaux de soins pour les patients de différents niveaux fonctionnels. Selon les auteurs, les bénéfices de ce type de traitement pour les patients à double diagnostic sont nombreux : l'approche d'intervention par les pairs semble avoir un impact positif en favorisant l'identification à des modèles de réadaptation; la viabilité des thérapies de groupe sur une base ambulatoire pour ces patients a été illustrée dans plusieurs études (Hellerstein & Meehan, 1987; Kofoed et al., 1986), et l'approche a un bon rapport coût-bénéfices (Galanter et al., 1994). Les auteurs considèrent également que l'approche AA est au départ moins menaçante que la thérapie de groupe pour les nouveaux patients en termes d'interactions sociales, et que le modèle d'économie de jetons permet un engagement graduel des patients et un renforcement positif des comportements adaptés. Le programme n'a toutefois pas encore été évalué pour son efficacité.

Mowbray, Solomon, Ribisl et al. (1995) ont décrit un programme innovateur de traitement intégré pour patients à double diagnostic, implanté dans un hôpital psychiatrique public (Northville Regional Psychiatric Hospital (NRPH), Michigan). Le programme MI/CD

(Mental Illness/Chemical Dependency) est un traitement interne créé suite aux préoccupations exprimées par le personnel quant à l'incapacité de traiter les patients à double diagnostic efficacement, patients qui représentaient 60 % de la clientèle clinique. Le programme MI/CD accueille des patients qui ne sont pas sévèrement psychotiques, et qui manifestent une certaine motivation. On encourage l'abstinence face à l'alcool et aux drogues, et l'usage minimal de toute substance psychotrope (médication antipsychotique ou autre). Le programme compte majoritairement des hommes, avec la schizophrénie et la psychose comme diagnostics les plus courants (28 %), et abusant principalement d'alcool (76 %) et de cocaïne (60 %).

En opération depuis quelques années, le programme MI/CD offre un traitement spécialisé réparti en deux unités de trente lits. L'unité d'admission accueille les patients pour un traitement de deux semaines ou plus et vise la stabilisation des symptômes. Les patients qui ont besoin d'une intervention plus poussée peuvent alors être référés à l'unité de traitement intensif, pour un séjour minimal de 28 jours. La philosophie du programme conçoit la maladie mentale et la toxicomanie comme deux maladies bio-psycho-sociales, et l'intervention vise simultanément les deux conditions. L'approche est orientée vers la prévention de la rechute, et l'amorce d'un processus de réadaptation à long terme, qui peut s'étendre sur trois à cinq années et nécessiter la collaboration de nombreuses ressources de traitement. Les modalités de traitement couvrent les aspects physique, psychiatrique/psychologique, familial, social/interpersonnel, et d'abus de substances. Les buts sont la désintoxication (si nécessaire), la stabilisation des symptômes, le maintien d'une période initiale de sobriété, la réduction du déni, une plus grande conscience de soi, et le développement d'habiletés sociales, d'habiletés de vie sans drogues et de méthodes de maintien de la réadaptation après le traitement.

Tout le personnel a reçu 80 heures de formation par des spécialistes en doubles diagnostics. Le personnel comprend des psychiatres, travailleurs sociaux et psychologues, ainsi qu'un thérapeute pour les activités occupationnelles et récréatives, et des infirmières. Des règlements spécifiques pour la sécurité et l'encadrement ont été établis, ainsi que des précautions pour le dépistage de la consommation. Dès l'entrée dans le programme, une évaluation complète spécialisée est effectuée, et utilisée pour bâtir un plan de traitement

personnalisé. Un thérapeute principal est assigné à chaque patient. Le programme, didactique et intensif, structure 16 heures de la journée du patient par des activités qui incluent le traitement psychiatrique, la thérapie de groupe et individuelle, des conférences éducatives, des groupes d'entraide de type AA/NA, l'éducation familiale, des activités récréatives, des services médicaux et la planification du suivi. Un psychiatre assure le suivi de la médication. La thérapie quotidienne aborde des problématiques reliées à la maladie mentale et à la toxicomanie. Les conférences abordent de façon factuelle des thèmes tel la prévention du SIDA, les effets physiologiques des drogues, la santé, ou les rechutes.

Les groupes AA sont animés par des membres du personnel eux-mêmes en réadaptation, et les groupes NA par des animateurs de la communauté souvent peu familiers avec la maladie mentale, qu'il est nécessaire de sensibiliser et d'éduquer par rapport à la problématique des doubles diagnostics. Mowbray et al. (1995) notent par ailleurs que, bien que la majorité des approches pour le traitement des patients à double diagnostic, tout comme leur programme, favorisent la participation des patients à des groupes AA/NA, ceux-ci peuvent être confrontés à différents problèmes dans ces groupes - rejet dû à leur étiquette psychiatrique ou à leurs comportements moins socialement acceptables, usage de médication psychotrope - et que ces problèmes doivent être considérés dans le traitement. Les auteurs relèvent, comme façons de traiter ces problèmes, la référence à un groupe d'entraide à partir d'une évaluation cas par cas, le développement de groupes spécifiques pour personnes à double diagnostic dans le milieu de traitement, ou la préparation des clients à la participation dans un groupe d'entraide régulier, en prévision de l'après-traitement. Idéalement, il faudrait aider les patients à effectuer la transition à des groupes externes, en les accompagnant aux premières rencontres, par exemple. Le programme MI/CD ne dispose cependant pas des ressources nécessaires pour un tel suivi.

Les auteurs soulèvent également les difficultés d'implantation d'un tel programme en milieu hospitalier. En particulier, les réticences du personnel et des administrateurs à inclure un traitement de toxicomanie dans un milieu psychiatrique et l'augmentation des responsabilités du personnel dans ce programme intensif et structuré ont entraîné au départ

une certaine opposition au programme, ce qui a créé des problèmes au niveau des références et des interactions avec les autres unités. Graduellement cependant, le programme en est venu à être davantage accepté. La flexibilité des rôles professionnels est essentielle au bon fonctionnement du traitement. Les réactions contre-transférentielles des intervenants sont aussi apparues comme une problématique qui nécessite des ressources de supervision individuelle et de formation continue. Les auteurs soulignent également l'importance d'inclure dans le programme des patients qui présentent une diversité de niveaux de fonctionnement, de façon à ce que les patients plus fonctionnels jouent un rôle de modèle dans la réadaptation. Les résultats du programme ne sont pas documentés, mais les auteurs se montrent optimistes en raison des ressources dont dispose le programme et de son caractère innovateur.

Mowbray et al. (1995) remarquent finalement que les patients sont généralement motivés et intéressés à poursuivre leur réadaptation après leur congé hospitalier, mais que la fragmentation des services, le manque de ressources d'après-traitement et les délais et listes d'attente des services existants font en sorte que la majorité des patients n'utilisent pas ces services de réadaptation. Le découragement qui résulte de ces difficultés favoriserait la rechute chez le patient, qui peut difficilement maintenir ses acquis à long terme sans un suivi minimal.

Greenfield et al. (1995) décrivent également un programme de traitement intégré pour patients à double diagnostic. L'hôpital privé McLean (Harvard Medical School) offre divers services pour les patients à double diagnostic, qui représentent au moins 20 % de sa clientèle psychiatrique. Les trois unités psychiatriques internes permettent une hospitalisation des patients psychotiques. Un service de consultation-liaison relie ces unités au Programme d'abus de substances de l'hôpital (*Alcohol and Drug Abuse Program*). Ce service offre des consultations et un traitement de groupe pour les patients qui présentent des problèmes de toxicomanie mais qui sont hospitalisés pour des symptômes reliés à un trouble psychiatrique. Les intervenants sont des psychiatres spécialisés dans le traitement de la toxicomanie, ou des travailleurs sociaux ou psychologues avec une formation dans le traitement des deux conditions. Un intervenant est assigné à chaque unité, et rencontre les patients sur demande du psychiatre traitant, pour déterminer si un trouble de toxicomanie est présent, évaluer la contribution de la toxicomanie dans la symptomatologie psychiatrique, collaborer à la désintoxication, ou encore aider à trouver des services appropriés pour les cas de doubles diagnostics pour y référer le patient.

Une entrevue avec le patient a lieu, durant laquelle l'intervenant tente de préciser l'histoire des deux troubles, et met l'accent sur les conséquences négatives de l'abus de substances. Il fait par la suite des recommandations au patient quant au traitement qui serait le plus approprié pour lui, et évalue la motivation. Le style de l'intervention est non-confrontant. Suite à cette rencontre, le patient avec un double diagnostic sera habituellement référé au programme externe de toxicomanie de l'hôpital, s'il demeure dans le secteur. Ce programme comporte un volet spécifique pour les cas de doubles diagnostics. Un groupe interne pour patients à double diagnostic a également lieu deux fois par semaine dans les trois unités psychiatriques. Ces rencontres comprennent de 10 à 15 minutes de contenu didactique suivies de 40 minutes de discussion où les patients sont encouragés à partager leurs idées et leurs expériences sur la problématique discutée. Les sujets traités incluent la reconnaissance de son problème de toxicomanie, la manière dont les drogues affectent la maladie psychiatrique et les façons de maintenir l'abstinence après le traitement interne.

Le programme externe pour patients à double diagnostic relève du Programme d'abus de substances et offre des groupes pour la problématique des doubles diagnostics et des groupes réguliers d'abus de substances. Les groupes spécifiquement pour patients à double diagnostic incluent un groupe de mise en route (*readiness*), afin de préparer les patients ambivalents ou hésitants à s'engager dans un processus d'abstinence et de réadaptation, et un groupe ouvert à long terme qui met l'accent sur les problèmes spécifiques vécus par les personnes à double diagnostic. Ces groupes sont plus structurés que les groupes réguliers pour toxicomanes, et adoptent une approche non-confrontante, supportante, et plus éducationnelle. Selon leur niveau de fonctionnement après la stabilisation psychiatrique, les patients peuvent aussi s'engager dans les groupes réguliers comme le groupe de soutien/éducation pour les nouveaux abstinents, le groupe de prévention de la rechute d'approche cognitive-behaviorale et le groupe à long terme axé sur les relations interpersonnelles. Un engagement clair à l'abstinence est demandé. Les résultats du programme ne sont pas documentés.

2.2.3 Les programmes externes

En externe, Kofoed (1993) recommande un traitement qui comprenne les étapes suivantes : (1) la stabilisation de la condition générale (incluant la désintoxication, la médication antipsychotique et l'évaluation de la dangerosité ou d'idées suicidaires pour déterminer l'encadrement et le contrôle nécessaires); (2) l'engagement dans le traitement, soit offrir aux patients les ressources nécessaires pour apaiser leurs difficultés immédiates et les amener à accepter le traitement, que ce soit par confrontation du déni ou par coercition; (3) la persuasion, par le biais d'une approche de groupe ou individuelle, afin que le patient développe une motivation intrinsèque à s'engager dans le traitement, par la réalisation des conséquences de sa double condition et de son incapacité à contrôler ces deux conditions (la persuasion est particulièrement importante pour ces patients qui, vu l'absence d'emploi, de réseau social et, parfois, de responsabilité légale de leurs actes en raison de leur maladie mentale, échappent aux pressions sociales et légales habituelles); des groupes selon l'approche en douze étapes peuvent être très aidants durant cette période; (4) le traitement actif, dont le but est d'aider les patients à développer les attitudes et habiletés nécessaires pour gérer leurs troubles psychiatriques et d'abus de substance chroniques; et (5) la prévention de la rechute,

qui inclut l'identification des facteurs de risque et des signes précurseurs d'une rechute, ainsi que le développement de plans spécifiques pour réduire les dommages de la rechute. Il faut établir clairement au départ que la rechute est possible, et qu'elle ne mènera pas à l'exclusion ou à la punition. En cas de rechute, une hospitalisation brève est souvent le meilleur moyen d'en minimiser les effets négatifs. Les programmes externes décrits dans la littérature spécialisée reprennent ces éléments.

Le programme de traitement de jour Gladstone (Oregon), offre des services de gestion de cas, de résidence et de réadaptation au travail, ainsi qu'un club social et un service de désintoxication, en lien avec un programme de toxicomanie. Le programme comporte aussi l'évaluation et la planification de traitements individuels, ainsi qu'un groupe de toxicomanie de type AA et un service d'intervention de crise. Aucune évaluation d'efficacité du traitement n'a été faite pour ce dernier programme (Ridgely, 1991).

L'étude de Hellerstein et Meehan (1987) rapporte les résultats d'un programme externe moins structuré de thérapie de groupe pour schizophrènes présentant une variété de troubles d'abus de substances. Ce programme a favorisé une réduction dans l'utilisation des services hospitaliers ainsi qu'une réduction d'abus de substance, et ce avec un taux d'attrition assez bas, peut-être en raison de la plus grande tolérance du programme à l'usage d'alcool ou de drogues durant le traitement.

Hanson et al. (1990), décrivent également le déroulement d'un programme externe pour patients à double diagnostic avec troubles mentaux sévères et chroniques. Le programme offre un traitement conjoint, des services de soins complets, et encourage la participation à des groupes d'auto-traitement. Les cliniciens utilisent également des méthodes biochimiques pour détecter les rechutes, et ont recours à des hospitalisations brèves en cas de rechutes importantes. Les auteurs rapportent une amélioration chez les patients aux niveaux de la consommation de substances, de la symptomatologie psychiatrique, du fonctionnement social et du taux de réhospitalisation (Kofoid, 1993).

Jerrell et Ridgely (1995a; 1995b) ont évalué les résultats d'une expérimentation de trois types de traitement spécialisé pour personnes à double diagnostic : l'entraînement aux habiletés comportementales, la gestion de cas intensive, et un modèle de réadaptation en douze étapes. Les patients étaient 132 adultes de 18 à 59 ans, avec une histoire d'échecs de traitement psychiatrique, et un faible fonctionnement au niveau du réseau social, de l'emploi et des habiletés nécessaires à la gestion de leur vie quotidienne.

Les patients ont été évalués à 6, 12, 18 et 24 mois dans le traitement. Une amélioration a été rapportée, de façon générale, pour l'ensemble des patients, au niveau de la stabilité résidentielle, de la satisfaction de vie, de la satisfaction face à la situation d'emploi et à la santé mentale, ainsi qu'une réduction des symptômes psychiatriques, de la consommation de drogues et, à un moindre degré, d'alcool. Les mesures d'ajustement social et de vie indépendante indiquent cependant peu de changements sur ces aspects. Les contacts avec le système judiciaire et l'utilisation de services de santé mentale d'urgence ont diminué, tandis que l'utilisation de ressources externes et de gestion de cas a augmenté. Le revenu moyen des patients a également augmenté, et les auteurs évaluent que les coûts sociaux occasionnés par ces patients ont connu une baisse de 43 %, sans augmenter le fardeau des familles (Jerrell & Ridgely, 1995a).

Par ailleurs, les résultats révèlent des différences évidentes dans l'efficacité des trois traitements. Le modèle d'habiletés comportementales a démontré les changements les plus positifs au niveau du fonctionnement psychosocial et de la symptomatologie, comparativement au modèle en douze étapes. Le modèle de gestion de cas a aussi résulté en des changements importants chez les patients, comparativement à l'approche en douze étapes qui a donc connu le moins haut taux d'efficacité (Jerrell & Ridgely, 1995b).

Kofoed (1993) a documenté l'efficacité des traitements dispensés sur une base externe, bien que la plupart des programmes se déroulent sur une base interne ou résidentielle. Même si ces derniers ont l'avantage de pouvoir offrir un encadrement plus stable, l'efficacité comparative des deux options de traitement - interne ou externe - n'a jamais été sérieusement

examinée pour les cas de doubles diagnostics, ce qui serait pourtant pertinent en termes de comparaison des coûts et bénéfices. Selon l'auteur, même les patients qui présentent des symptômes très sévères peuvent bénéficier, après stabilisation de leur état, d'un traitement sur une base externe.

De fait, bien qu'il soit évident que le traitement résidentiel est essentiel au rétablissement pour certains patients à double diagnostic, des recherches récentes suggèrent que, pour beaucoup de patients, le traitement en externe peut être aussi efficace que le traitement interne (Miller, 1990). Le succès serait davantage déterminé par ce qui arrive après le traitement, que pendant. La durée du traitement est également critique et plusieurs cliniciens et patients considèrent qu'une approche à plus long terme (un ou deux ans) serait plus appropriée, vu la difficulté pour ces personnes de maintenir une stabilité résidentielle. Les approches à court terme devraient mettre plus d'accent sur la transition à la communauté. Les auteurs questionnent, finalement, les limites de l'approche AA/NA pour les personnes à double diagnostic, en raison de la difficulté des patients psychotiques à soutenir l'intensité de la formule, l'incapacité de concilier le but d'abstinence avec la nécessité de prendre des médicaments, les notions trop confuses ou abstraites tel le "pouvoir supérieur", et les conséquences potentiellement néfastes de la confrontation. Il faut donc adapter la philosophie de traitement aux besoins et capacités des personnes à double diagnostic, en axant plutôt sur le support et les habiletés sociales, l'abstinence n'étant qu'un des multiples buts du traitement.

2.3 Le modèle du traitement communautaire intensif

Le modèle de traitement communautaire intensif (*Assertive Community Treatment*, ou ACT) est fondé sur une approche de gestion de cas (Stein & Test, 1980). L'accent est mis sur les difficultés pratiques de la vie quotidienne des patients psychiatriques, en assumant au départ que ces derniers peuvent vivre de façon satisfaisante et avec succès hors des institutions, pourvu qu'ils bénéficient du soutien et des ressources appropriées (Bond et al., 1991). L'ACT se différencie des approches de gestion de cas traditionnelles par le soutien à domicile et dans la communauté, l'assurance que les services essentiels seront fournis aux patients (en les offrant eux-mêmes, lorsque possible), l'approche d'équipe, la petite taille des ratios (nombre de cas par intervenant inférieur à quinze) et l'engagement à long terme du personnel afin d'offrir une continuité et une stabilité des services. Les principes de base de l'intervention sont le suivi intensif dans le milieu, la planification et la coordination des services, la défense des droits (*advocacy*) et la supervision de la médication psychotrope (Bond et al., 1991; McGrew, Bond, Dietzen, Salyers 1994). Il y a trois composantes à la réadaptation psychiatrique : la

médication, la relation de réadaptation et le programme de réadaptation en tant que tel (Dincin et Bowman, 1995).

La principale méthode de contact est la visite à domicile chez les membres. Les services sont dirigés vers les membres les plus prioritaires ou en besoin. L'approche en est une d'«équipe totale», i.e. une équipe de traitement où aucun intervenant individuel n'a de cas spécifique assigné. L'équipe se porte responsable du bien-être du client, de la prévention des crises, est facile d'accès et disponible en temps de crise. Il n'y a pas de limite de temps pour demeurer dans le programme.

De façon plus spécifique, l'intervention vise six buts. Le degré auquel un membre réussit ces buts illustre son progrès dans le traitement. Ces buts sont : (1) prévenir l'hospitalisation psychiatrique non-nécessaire; (2) trouver un emploi rémunéré pour chaque membre apte au travail; (3) fournir un vaste répertoire de logements correspondant aux besoins des membres; (4) améliorer les relations sociales et les habiletés communicationnelles; (5) offrir des possibilités éducatives au niveau approprié; et (6) faire la promotion et le suivi de la santé physique (Dincin, 1995).

2.3.1 Le programme Thresholds de Chicago

A Chicago, l'agence de suivi intensif Bridge a développé plusieurs programmes spécialisés pour les clientèles à besoins particuliers, tels les sans-abri et les personnes à double diagnostic (les programmes Thresholds, décrits par Engstrom, Brooks, Jonicas et al., 1990; AQRP, 1995, pour la traduction française). Dincin, Zeitz, Farrell, Harrington et al. (1995) décrivent le programme spécialisé de suivi intensif dans le milieu pour les personnes à double diagnostic. Le personnel de santé mentale déjà en place a été formé en toxicomanie, ce qui s'est révélé plus efficace que d'engager de nouveaux intervenants spécialisés. Le programme compte 16 employé(e)s avec une capacité d'accueil de 24 clients, et bénéficie d'un budget de 775 000 \$ US.

La philosophie de base du programme ne requiert pas l'abstinence obligatoire, et voit les rechutes comme des occasions d'apprentissage plutôt que de leur conférer un sens négatif.

Le processus de réadaptation n'est pas linéaire. Le premier contact s'effectue sur une base individuelle, pour évaluer dans un premier temps les forces, les limites, les ressources et les besoins spécifiques du client, lequel a auparavant été dépisté suite à l'administration de mesures de toxicomanie et référé au programme spécialisé.

Les composantes du programme sont un traitement de jour en groupe, et une alliance avec des groupes de traitement en douze étapes et des groupes de support extérieurs au programme. Certains des groupes du centre de jour sont éducationnels et d'autres thérapeutiques. Les titres des programmes de jour incluent : « Éducation sur la toxicomanie », « Traitement de la toxicomanie », « STEMSS » (*Support Together for Emotional and Mental Sobriety and Serenity*), « Prévention de la rechute », et « Support/éducation pour parents/famille ».

Le programme comporte également un volet résidentiel spécial pour les patients à double diagnostic qui nécessitent un encadrement pour le logement et qui ne trouvent pas une réponse adéquate à leurs besoins dans les programmes résidentiels réguliers. Le programme a combiné les philosophies et méthodes d'intervention d'autres programmes résidentiels pour doubles diagnostics et du Thresholds pour créer la résidence de groupe. Les trois maisons de groupe accueillent chacune huit clients, ayant tous une histoire d'échecs en réadaptation. La longueur prévue du traitement résidentiel est de un an. Plusieurs des traitements de groupe décrits précédemment sont offerts dans la résidence, en plus de groupes additionnels, « Habilités de vie autonome », « Gestion du stress », « Fidélité à la médication », et d'un traitement individuel. Chaque résident a un intervenant assigné, qu'il rencontre au moins une fois par semaine, pour discuter de sa réadaptation. Le traitement est axé sur les changements que le client doit réaliser pour développer une style de vie sans drogue ou alcool, ainsi que d'autres buts à long terme. La participation au traitement offre plusieurs avantages et privilèges à différents niveaux. Le premier mois, le client est supervisé 24 heures par jour. Puis, il passe au niveau suivant, avec moins d'encadrement, et ainsi de suite.

Bien qu'il n'y ait eu ni recherche, ni évaluation du programme pour doubles diagnostics

et de son efficacité (le programme est trop récent), le succès du programme Thresholds en général a été illustré par des recherches et évaluations rigoureuses, qui démontrent un taux de réussite élevé sur les six buts, notamment une réduction significative des hospitalisations, et une prévention efficace contre le VIH chez les patients à risque (Dincin et al. 1995).

2.3.2 Autres expériences de traitement communautaire intensif

Une étude de Bond et al. (1991) décrit l'intervention dans trois centres communautaires de santé mentale de l'Indiana qui ont expérimenté des projets-pilotes inspirés du programme du Bridge pour des patients à double diagnostic usagers fréquents des services hospitaliers. L'étude a également comparé l'efficacité de l'ACT à celle de groupes de référence (de type groupe de support), et à un groupe contrôle recevant un traitement non-spécialisé. Une entrevue d'évaluation à trois moments du traitement, ainsi que l'administration d'instruments de mesure, ont permis de mesurer les résultats. Après 18 mois, 65 % des clients en ACT et 83 % des clients du groupe de référence étaient encore engagés dans le traitement, comparativement à 40 % dans le groupe-contrôle. Peu de différences dans les résultats étaient remarquées entre les trois types de traitement, à part une légère baisse dans la consommation d'alcool et de marijuana dans les groupes de référence, résultat encourageant vu le pessimisme habituel quant à la capacité de cette clientèle de cesser leur consommation abusive. Les auteurs attribuent le succès relatif des groupes de référence entre autres à l'attention accordée au processus d'engagement initial, lequel est individualisé et graduel. Une période de suivi a permis de constater une réduction du nombre de jours d'hospitalisation chez les ACT, et du nombre d'hospitalisations chez les membres des groupe de référence et de contrôle.

Les auteurs soulignent le besoin de recherches plus poussées et les faiblesses méthodologiques de leur propre étude, et émettent les recommandations suivantes : inclure la psychoéducation et le support des pairs dans le traitement, en offrant notamment des groupes de support pour patients à double diagnostic, où l'acceptation et l'identification mutuelles peuvent jouer un rôle important dans le traitement; prévoir des traitements différents pour les patients consommateurs problèmes (*substance-sensitive*) mais non abuseurs, traitements axés sur la psychoéducation plutôt que sur l'abstinence totale, et pour les patients dépendants, des traitements orientés vers l'abstinence et une philosophie AA; et favoriser l'hybridisation des différentes approches, en capitalisant sur les avantages respectifs de chacune.

Un traitement pilote résidentiel au New Hampshire (Pond Place) a également appliqué le modèle ACT (Bartels & Thomas, 1991). Le traitement résidentiel permet de surmonter les

problèmes reliés au logement instable, à la non-fidélité aux médicaments et à la fragmentation du traitement, en combinant une résidence stable, la supervision, la socialisation entre membres, et la désintoxication intensive sur place. Pond Place a un accès direct à des services hospitaliers. Tout le personnel a reçu une formation sur les doubles diagnostics. Le programme compte de sept à douze places, pour un traitement intégré de trois à six mois où les clients apprennent les habiletés nécessaires à l'abstinence, la gestion de leur maladie mentale et le fonctionnement communautaire. Les activités structurées incluent la thérapie de groupe, des rencontres AA, un groupe de médication, et des activités éducatives. Le traitement se déroule en trois phases : la phase d'engagement, au cours de laquelle le taux d'attrition est très élevé; la phase d'abstinence et d'intégration au programme, où le taux d'attrition baisse et les résultats sont généralement positifs; et la phase de transition à la communauté, où le départ est planifié. Le risque de rechute est élevé à cette dernière étape. Suite à ces résultats, les auteurs recommandent un processus d'engagement graduel, flexible et de longue durée, pour engager le client peu à peu et réduire le taux d'attrition. Il semble aussi que les clients trouveraient plus facile de suivre un traitement dans leur milieu, pour avoir accès à leur réseau et à des activités normales.

Le Oregon Dual Diagnosis Training Project est un programme développé avec l'intention de base de combiner les techniques du traitement de la toxicomanie et du traitement psychiatrique (Nikkel & Coiner, 1991). Ce programme est décrit comme un suivi intensif dans le milieu (*assertive case management*) et travaille en liaison avec un autre centre, le Alternative Lifestyle Resource Center. Le programme comporte 28 catégories d'intervention spécifiques pour les patients à double diagnostic. Ces interventions sont définies de façon opérationnelle, afin de a) clarifier la nature des techniques mixtes en décrivant concrètement les tâches; b) servir de modèle pour des futurs programmes qui pourraient utiliser ce canevas de base; et c) être utilisées comme outil de formation et d'évaluation du personnel. Aucune évaluation du programme n'est mentionnée.

Inderlin et Cohan Belisle (1991), dans une étude sur une intervention pour les doubles diagnostics qui intègre une formation spéciale en toxicomanie avec le modèle clinique de

gestion de cas, ont énoncé certains principes pour le traitement des personnes à double diagnostic. Tout d'abord, ils soulignent l'importance de la participation du client dans le traitement. Ils recommandent de ne pas s'attendre au départ à ce que ces clients soient motivés et acceptent le traitement; il faut plutôt s'attendre à ce que la motivation résulte de la relation clinique et de l'application du traitement. Ils suggèrent aussi de ne pas exiger l'abstinence comme précondition, mais de la voir comme un but à long terme; de s'attendre à la rechute, et de planifier autant la prévention que la réadaptation après la rechute. Les cliniciens devraient aussi reconnaître la consommation d'alcool ou de drogues comme une expérience normalisante pour ces patients, et prévoir des alternatives saines pour remplacer la perte de réseau que l'arrêt de consommation va occasionner. Finalement, il est essentiel, selon les auteurs, d'adopter une approche de traitement intégral, simultané et holistique de la personne et de l'ensemble de sa symptomatologie, et de combiner les philosophies, valeurs et pratiques des deux systèmes de traitement.

2.4 Autres modèles

2.4.1 Un programme en neuf étapes

Sciacca (1991) décrit un traitement complet en neuf étapes pour personnes à double diagnostic basé sur l'acceptation non-jugeante des deux troubles et des deux ensembles de symptômes présentés par les patients, par opposition à l'attitude habituelle dans les traitements uniques traditionnels. L'approche se veut non-confrontante mais plutôt éducative, et utilise le support des pairs comme principal outil thérapeutique.

L'auteur décrit les neuf étapes du traitement, réparties en trois phases principales. Dans la première phase, l'étape 1 est le contact initial avec la personne par l'animateur du groupe. Ce contact peut s'étendre sur plusieurs mois, jusqu'à ce que celle-ci accepte de s'engager dans le traitement. L'étape 2 consiste en une entrevue pré-groupe, où l'on explique les composantes du groupe, soit le support, l'éducation sur les drogues et les troubles psychiatriques dans une perspective de maladie/guérison, les présentations de conférenciers externes pour discuter de certains thèmes, et l'atmosphère de réceptivité à l'apprentissage. Le patient est guidé et informé, et ses capacités de participation dans le groupe sont évaluées

(capacité à donner du support, ...). L'entrée dans le groupe (étape 3) se fait de façon non-menaçante. Dans les premiers temps, marqués par le déni, les discussions sont impersonnelles, et l'animateur discute d'informations générales sur la toxicomanie. À la quatrième étape, l'animateur favorise plus activement la discussion des problèmes de toxicomanie. Il tente de bâtir un climat de confiance où le patient se sent en sécurité pour parler ouvertement de ses problèmes. Cette ouverture se fait cependant au rythme de chaque participant, et peut prendre plusieurs mois. La présence de conférenciers AA ou NA offre un modèle aux participants.

Dans la deuxième phase du traitement, on travaille l'abandon du déni. Le patient parle de son usage de substances, des raisons pour lesquelles il continue d'en consommer, et des aspects positifs et négatifs de sa consommation (étape 5). Suite à cette étape seulement, une rencontre d'évaluation de la toxicomanie a lieu. L'étape 6 implique la reconnaissance que l'abus de substances est un problème, même s'il n'y a pas d'arrêt de consommation. On regarde avec le patient comment il planifie aborder ce problème. L'étape 7 est celle de la motivation à l'abstinence. L'alliance et le support des autres membres du groupe dans ce choix sont centraux à cette étape. Le patient pourra tenter de réduire graduellement la substance la plus nocive. Les interventions nécessaires sont effectuées pour l'aider.

La troisième et dernière phase marque le mouvement vers l'arrêt de consommation. Un traitement actif de promotion de l'abstinence a lieu (étape 8), soulignant les aspects positifs de l'abstinence. Un contrat de non-consommation est établi avec le patient, qui s'inscrit dans le mouvement AA et commence sa réadaptation. La prévention de la rechute est également discutée. L'étape 9 a pour but l'abstinence complète. Atteindre cette étape nécessite souvent plusieurs années. On encourage la participation à des programmes en douze étapes, et le développement d'un nouveau réseau. Sciacca a lui-même développé un programme de groupe de support pour les personnes à double diagnostic en réadaptation, "*Helpful People in Touch*", où les groupes d'auto-traitement sont animés par des personnes à double diagnostic. Ces groupes sont supervisés par un professionnel, et sont une alternative pour les personnes ne pouvant pas participer aux programmes traditionnels en raison de leurs difficultés

psychiatriques.

Selon l'auteur, le programme peut être reproduit dans tout organisme à un coût minimal, et s'insère bien dans un traitement en santé mentale. Les rencontres peuvent se faire à raison d'une ou deux fois par semaine, et la taille suggérée du groupe est de huit participants. L'implantation d'un tel programme et du groupe de soutien nécessite un soutien administratif, un dépistage adéquat des patients candidats, la sensibilisation et la formation du personnel. Ce programme a été instauré dans plusieurs milieux avec succès et de façon fort rentable. Plusieurs patients ont atteint une abstinence durable, et d'autres ont du moins atteint un niveau fonctionnel stable (Sciacca, 1991).

2.4.2 Le modèle *Clubhouse*

Woods (1991) rapporte les résultats de deux programmes d'intervention pour personnes à double diagnostic dans le modèle *Clubhouse*. Il s'agit d'une approche psychosociale à laquelle on a incorporé un programme de toxicomanie. Le programme résidentiel est organisé en unités de travail pré-vocationnelles pour les fonctions de la maison qui sont sous la responsabilité des membres. Une première tentative de traitement pour toxicomanie dans ce milieu, soit des rencontres AA pour alcooliques en réadaptation psychiatrique (*Psychiatrically Recovering Alcoholics* ou PRA), a connu beaucoup de succès auprès des résidents, et s'est montrée compatible avec la philosophie d'appropriation du pouvoir (*empowerment*) et d'auto-traitement des *clubhouses*.

Suite à cette expérience, deux *clubhouses* pour personnes à double diagnostic ont été établis au New Jersey. Le Club MICA Unit (New Brunswick) a été développé pour les personnes à double diagnostic ayant besoin de plus que des rencontres AA, vu l'ampleur du déni, et la difficulté pour certains patients psychiatriques à utiliser ce genre de ressource. Le Club offre des thérapies de groupe, des groupes d'éducation avec interactions sur les doubles problématiques, du support pour la famille, et le transport à des réunions AA/NA. Deux rencontres pour PRA ont lieu sur place chaque semaine. Une évaluation du programme, bien que non-rigoureuse, indique des résultats positifs : l'administration d'une mesure de qualité de

vie et de satisfaction de vie a montré une hausse significative de ces deux variables chez les résidents, et le nombre de jours d'hospitalisation par année est passé d'une moyenne de 90 jours à une moyenne de 15 jours par client. Les périodes d'abstinence soutenues sont en moyenne de 8 mois à 2 ans et demi.

Le MICA Club (Cherry Hill), pour sa part, offre des services de réadaptation et de pharmacothérapie. Un groupe "OSCAR" a lieu une fois par semaine. Ce groupe comprend l'évaluation, la discussion de la médication, ainsi que l'administration de tests et la prescription des médicaments psychotropes. Le groupe a aussi un mandat d'éducation, et informe les membres sur l'importance de la fidélité à la médication, les effets secondaires des médicaments, les interactions avec les autres substances, etc. Le programme est trop récent pour en évaluer l'efficacité. Cependant, les intervenants notent déjà une amélioration apparente chez le groupe dans son ensemble. Ces deux programmes sont des exemples d'incorporation d'un traitement pour toxicomanie en milieu *clubhouse*.

2.4.3 La psychoéducation

La psychoéducation a également été expérimentée comme modèle d'intervention auprès de cette population difficile. Ryglewicz (1991) et Clark (1996) décrivent le modèle d'intervention psychoéducatif pour les patients et leur famille comme une approche prometteuse. L'intervention selon un modèle de psychoéducation vise à transmettre aux patients des informations objectives sur l'abus d'alcool et de drogues, les interactions avec la médication psychiatrique, les conséquences sur la maladie mentale, etc. Parmi les avantages de la psychoéducation comme modèle d'intervention, les auteurs relèvent : le ton non jugeant, non péjoratif et non confrontant, moins menaçant que le traitement de la toxicomanie traditionnel; l'implication de la famille, étant donné l'importance d'éduquer autant les patients que leur entourage pour favoriser l'engagement (surtout si le patient nie son problème et n'est pas prêt à la confrontation) et la réussite du traitement; le développement d'un réseau de support. L'intégration d'un volet psychoéducatif, particulièrement dans la phase d'engagement de la personne atteinte, est recommandée dans tout traitement pour patients à double diagnostic. Le travail de soutien et d'éducation auprès de la famille, permet de son

côté, d'améliorer la qualité de vie de la personne atteinte et de ses proches, et de prévenir l'épuisement du réseau naturel de soutien.

2.4.4 Les groupes d'entraide

Les groupes d'entraide sont cités comme une alternative viable pour le traitement des personnes à double diagnostic (Caldwell & Kartell, 1991). L'exemple le plus répandu de ces groupes d'entraide de type AA est le groupe "Double Trouble". Ce groupe a à la base un fonctionnement similaire aux groupes AA réguliers, et la même philosophie (modèle du rétablissement [*recovery*] en douze étapes). Idéalement, l'animateur du groupe est une personne elle-même en réadaptation d'un abus de substance concomitant à un trouble mental. Cependant, vu le processus de guérison très long et graduel de ces patients, la sévérité et l'instabilité de certains troubles mentaux, le nombre de membres aptes à animer un groupe est de beaucoup inférieur à la demande croissante pour de nouveaux groupes. Il en résulte trois modèles de groupes : a) des groupes animés par un membre de façon traditionnelle, avec pour but de structurer le groupe et de permettre l'émergence de nouveaux animateurs qui partiront fonder leur propre groupe; b) des groupes qui, souvent pour des raisons de localisation (dans une unité psychiatrique par exemple), doivent compter sur la présence d'un membre du personnel soignant à proximité, qui sera sollicité en cas de problème; et c) le modèle de support/engagement où un clinicien participe au groupe en essayant toutefois de laisser émerger des animateurs naturels (ce qui a l'inconvénient, selon les auteurs, de restreindre l'expression des membres, étant donné la présence de quelqu'un de l'extérieur). L'efficacité des groupes "Double Trouble" n'a pas été évaluée.

2.4.5 La communauté thérapeutique

La communauté thérapeutique modifiée est une autre forme de traitement pour les personnes à double diagnostic qui origine du réseau de traitement de la toxicomanie plutôt que du réseau psychiatrique. McLaughlin et Pepper (1991) décrivent un programme pour des sans-abri avec doubles diagnostics en communauté thérapeutique modifiée. Le but du présent rapport n'étant pas de décrire de façon exhaustive ce type d'intervention plus spécialisée (sans-abris avec doubles diagnostics, jeunes avec doubles diagnostics, ...), nous référons aux textes de McLaughlin et Pepper (1991) et Pepper et Rylewicz (1984a; 1984b) pour une plus ample

description de ces programmes.

2.4.6 L'intervention brève

Les pressions pour des hospitalisations plus brèves créent des défis complexes dans l'intervention auprès des patients à double diagnostic dans les unités psychiatriques, patients qui nécessitent généralement des interventions à long terme. C'est en tenant compte de cette réalité que Chiauzzi (1994) décrit un modèle d'évaluation clinique et d'intervention à court terme pour ces patients. Ce modèle a pour but de dépister rapidement et efficacement la présence d'un double diagnostic chez le patient, et de référer sans délai, le cas échéant, à un traitement intégré interne à court terme.

L'évaluation brève pour les personnes à double diagnostic doit tenir compte notamment des effets différentiels des substances selon le trouble psychiatrique présent, du changement du profil psychiatrique dû à la toxicomanie, et des bénéfices psychologiques perçus de la toxicomanie chez le patient. L'évaluation brève doit aborder le déni, car chez les patients à double diagnostic, la reconnaissance d'un trouble peut mener au déni de l'autre. Il faut également différencier les symptômes de sevrage des symptômes psychiatriques, souvent semblables dans leur présentation. Les symptômes de sevrage disparaissent normalement après quelques jours, bien que certaines conséquences du sevrage, surtout au niveau cognitif, de l'humeur et du sommeil, puissent perdurer jusqu'à six mois, en particulier chez les alcooliques sévères. L'auteur recommande d'utiliser les informations sur l'histoire du patient afin de clarifier la contribution des deux conditions, et de se renseigner sur l'histoire familiale de troubles mentaux, les épisodes passés d'abstinence, et la médication. Il est aussi nécessaire d'administrer des mesures objectives pour évaluer les besoins de médication, et recommandé d'utiliser les perceptions et les interprétations du patient, pour l'établissement du plan de traitement.

Le traitement bref, pour sa part, doit orienter le patient vers la nature parallèle des deux diagnostics et éduquer à la vigilance face aux deux ensembles de symptômes. Les principes de base de l'intervention sont tout d'abord de susciter la motivation à respecter la

médication chez ces patients souvent ambivalents. L'auteur recommande de normaliser leur sentiment d'ambivalence tout en augmentant la dissonance cognitive par la présentation d'informations objectives, sans confrontation, argumentation ou étiquetage, lesquelles ne font qu'augmenter les résistances. Il faut aller dans le sens de la résistance tout en encourageant le patient à voir le problème dans une nouvelle perspective par l'optimisme et la résolution de problèmes. Une autre composante importante est le soutien. Le traitement n'est pas trop structuré ou intensif, utilise surtout la restructuration cognitive, l'éducation, le développement d'habiletés, et oriente le traitement vers la famille et le milieu. L'intervention est multidisciplinaire, dans une approche bio-psycho-sociale. Les psychiatres, travailleurs sociaux, infirmières et psychologues travaillent en collaboration en mettant l'accent sur les problèmes quotidiens à régler (argent, hébergement, ...).

L'utilisation d'un groupe de soutien est également, selon Chiauzzi, de grande importance avec ces patients, vu leur manque de soutien social. La participation à des groupes AA/NA est donc encouragée, et permet d'offrir aux patients un certain espoir à travers les témoignages, l'apprentissage d'habiletés sociales, ainsi que des règles et lignes de conduite qui les aident à structurer leur vie. Ces groupes ont de plus l'avantage d'être très disponibles et faciles d'accès, comparativement à d'autres types d'aide. Cependant, les difficultés psychologiques de certains patients nuisent à leur participation à ces groupes. Ils ont besoin d'une approche de groupe plus flexible, et qu'on leur donne beaucoup d'informations sur le déroulement pour éviter la confusion. Il est aidant de leur faire pratiquer des habiletés de participation à un groupe. Finalement, l'intervention brève doit planifier la prévention de la rechute, adaptée à la sévérité et aux troubles spécifiques de chaque individu.

2.5 Conclusions

Les auteurs consultés soulignent eux-mêmes le peu de données sur les résultats - surtout les résultats à long terme - des programmes pour doubles diagnostics décrits dans la littérature. Les données d'évaluation disponibles, indiquent que le traitement intégré mène à de meilleurs résultats thérapeutiques que le traitement parallèle et à une réduction des hospitalisations. Drake, McHugo et Noordsy (1993) ont publié les résultats d'un suivi à long

terme d'un traitement-pilote suivant le modèle intégré pour un groupe de 18 patients qui présentaient un double diagnostic de schizophrénie et d'alcoolisme. Le programme comprenait une gestion de cas intensive (*assertive case management*) et des groupes de traitement d'abus de substance. Après quatre ans de traitement intégré, 61 % des patients (11 sur 18) présentaient une rémission stable de leur alcoolisme. Par ailleurs, suite aux premières études longitudinales, on observe que la stabilisation de la consommation a un effet significatif sur l'amélioration de la condition clinique et du niveau fonctionnel (Cuffel, 1996).

De façon générale, on constate que les diverses formes d'intervention spécialisée produisent des effets dans certains domaines et non dans d'autres. Des études d'efficacité plus poussées restent donc nécessaires, afin de mieux évaluer la portée du modèle intégré et des autres modalités d'intervention (Greenfield et al., 1995), de décrire les meilleures conditions de réalisation et d'identifier les composantes les plus efficaces des programmes. Quant aux études d'efficience, elles sont à peine amorcées, Jerrel (1996) jouant le rôle de pionnière en ce domaine.

En résumé, quatre conclusions générales se dégagent de l'analyse de la documentation :

(1) Les cas de doubles diagnostics de troubles mentaux graves et de toxicomanie se doivent d'être traités de façon concomitante, et non séquentielle, afin d'offrir une intervention efficace. Le traitement concomitant peut se faire de façon parallèle ou intégrée. Les composantes principales des programmes concomitants sont : la continuité entre le traitement de la toxicomanie et le traitement psychiatrique; l'approche de réadaptation à long terme; un accent actif mis sur le contact; l'engagement et la persuasion auprès de ces patients difficiles d'accès dans le réseau de soins traditionnel et réticents au traitement; une approche qui englobe tous les aspects de la vie de la personne et l'assiste dans ses besoins de base et la résolution de problèmes concrets : hébergement sécuritaire dans un environnement sans drogue, gestion des finances, habiletés d'emploi, famille, santé, réseau social et communautaire, et gestion de la médication.

(2) Le traitement intégré apparaît comme la meilleure option, lorsque les ressources

matérielles et financières le permettent. L'approche intégrée permet d'assurer un meilleur suivi et une meilleure continuité dans les soins. L'observation clinique permet de constater, dans la majorité des cas, un taux de succès encourageant de cette approche. Le suivi intensif dans le milieu représente aussi une condition critique de succès. Du fait que les personnes avec un double diagnostic soient particulièrement à risque d'instabilité résidentielle, il faut s'assurer d'une articulation constante entre le traitement et le soutien à domicile, afin de favoriser le maintien dans un logement.

(3) D'autres modèles d'intervention, moins coûteux, tels la psychoéducation, les groupes spécialisés et les groupes d'entraide paraissent également prometteurs, et peuvent s'intégrer dans le traitement des personnes à double diagnostic. Bien que la majorité des approches soient en faveur de la participation des patients à des groupes d'entraide de type AA, l'intégration dans ces groupes pose souvent des problèmes particuliers pour les personnes à double diagnostic. Ces problèmes incluent le rejet dû à leur condition psychiatrique ou à leurs comportements, et l'usage de médication. Ces problèmes peuvent être diminués par la référence, sur une base individuelle, à des programmes de gestion de cas, le développement de groupes spécifiques pour les cas de doubles diagnostics dans le milieu de traitement et la préparation des clients à la participation dans un groupe d'entraide régulier.

(4) Des modèles d'intervention développés dans le champ de la santé mentale (les "clubhouses", la psychoéducation, l'intervention brève) ou de la toxicomanie (les groupes d'entraide, la communauté thérapeutique) peuvent être adaptés avec succès à cette clientèle. Dans ces modèles, l'approche de groupe occupe une place prépondérante et prend plusieurs formes: groupes d'entraide, groupes de soutien et d'éducation, groupes de socialisation et groupes à progression graduée (Mueser et Noordsy, 1996).

Chapitre 3 : Principales expériences d'intervention au Québec

Ce chapitre décrit les programmes d'intervention pour le traitement des personnes à double diagnostic existant présentement dans le réseau psychiatrique et dans le réseau de la réadaptation en alcoolisme et toxicomanie. Ces programmes ont été documentés à partir d'entrevues réalisées avec leurs intervenants principaux. Parmi les dix programmes d'intervention répertoriés, quatre relèvent du réseau psychiatrique et six du réseau de la réadaptation en alcoolisme et toxicomanie.

3.1 Les services en psychiatrie

3.1.1 Service des soins continus, Hôpital Général de Montréal

Le D^r Raymond Tempier, médecin psychiatre et directeur du Service de Soins Continus (SSC) à l'Hôpital Général de Montréal, s'intéresse à la problématique des doubles diagnostics depuis plusieurs années. La prévalence de cette clientèle est très élevée dans ce service. D'abord évaluée à 28 %, l'estimation de la prévalence a augmenté à 39 % avec l'ajout de nouveaux instruments de mesure au moment de l'évaluation. On prévoit un dépistage d'un nombre encore plus élevé avec l'addition de deux nouvelles mesures (analyse d'urine et entrevue d'un membre de la famille). D'après leurs observations cliniques subjectives, les intervenants évaluent la prévalence de doubles diagnostics à environ 50 % parmi leur clientèle actuelle. Les comorbidités les plus courantes sont la schizophrénie (majoritairement), les troubles schizo-affectifs et les troubles bipolaires, accompagnés d'abus de marijuana, cocaïne et alcool. L'abus de tranquillisants, de drogues psychédéliques ou d'héroïne est pratiquement inexistant. Plusieurs substances sont souvent consommées conjointement. L'usage de substances fait en sorte que le patient oublie de prendre sa médication, ou pose le problème de l'interaction drogue-médicament et de l'exacerbation des symptômes psychiatriques.

Le SSC traite des adultes de 18 à 65 ans souffrant de troubles psychotiques au long cours et vivant dans la communauté. Les objectifs du SSC sont la diminution du nombre d'hospitalisations en psychiatrie de ces patients, et l'amélioration de leur qualité de vie. Le SSC fait une évaluation poussée de la comorbidité au moment de l'admission dans le groupe, à l'aide de plusieurs instruments de mesure.

La clientèle est typiquement pauvre, sans emploi, bénéficiaire de l'aide sociale, vivant en appartement ou en famille d'accueil. Elle a souvent fréquenté divers services avant de se retrouver en traitement pour leur double condition : urgence, unité de toxicomanie, groupes AA, unité de psychiatrie, etc. Le dépistage est souvent tardif, vu le manque d'outils d'évaluation, et possiblement la réticence des cliniciens à reconnaître et vouloir travailler avec les doubles problématiques. Les patients sont généralement référés au D^r Tempier par d'autres unités de l'hôpital pour une prise en charge permanente. Ils sont aussi référés par le centre de jour de l'hôpital, et quelques rares fois, se présentent d'eux-mêmes, sans référence, ayant entendu parler du service. Cependant, ces patients échappent souvent au traitement car leur double diagnostic n'est généralement pas reconnu par les équipes psychiatriques qui les traitent. Il ne se reconnaissent pas comme des toxicomanes et ne s'adressent pas aux services de désintoxication et de traitement des dépendances aux substances. Ces services demandent aux patients de faire eux-mêmes une demande de prise en charge et la plupart du temps le délai entre la demande et la prise en charge effectuée est très long. Ceci a pour résultat que peu de patients ayant des troubles psychotiques au long cours sont suivis dans ces services.

Le SSC a mis sur pied une thérapie de groupe pour les doubles diagnostics, suite au constat de l'ampleur de ce phénomène à l'hôpital, de l'absence d'une ressource appropriée pour eux, et de la réticence à les traiter dans les unités de toxicomanie ou de psychiatrie. M^{me} Donna Cohen, travailleuse sociale, travaille avec cette problématique depuis trois années et dirige depuis un an ce groupe. Le programme a été bâti suite à une revue de la littérature sur le traitement de groupe des doubles problématiques et reprend les éléments des programmes américains développés par Drake et par Minkoff (voir la liste des références). La thérapie de groupe a lieu une fois par semaine, pour une durée d'une heure (la durée initiale de 1h30 a dû être réduite vu la difficulté, pour ces patients, de maintenir leur attention et leur concentration pour une longue période de temps). Le groupe, qui compte quatre ou cinq participants réguliers, regroupe en moyenne six ou sept patients par séance, pouvant aller jusqu'à dix participants. L'inscription au programme n'est pas formelle et ne prescrit pas un nombre fixe de rencontres ni une durée délimitée. Le nombre de participants varie d'une semaine à l'autre et on en accueille régulièrement de nouveaux. Ceux-ci commencent la thérapie durant leur hospitalisation en psychiatrie, et on les encourage à continuer à y assister après leur congé.

Le groupe est surtout axé sur la discussion, autour de thèmes qui diffèrent à chaque rencontre. Les thèmes les plus centraux sont : la difficulté à arrêter la consommation, dans un environnement qui tend à maintenir le besoin de substances (patients sans emploi ni activités constructives, avec peu de relations et d'habiletés sociales, qui s'ennuient); les raisons qui poussent à la toxicomanie (se sentir plus à l'aise socialement, contrecarrer les symptômes négatifs de la schizophrénie, être stimulé); et les difficultés quotidiennes. Malgré les tentatives d'intégrer une approche psycho-éducative pour informer les patients sur les effets des drogues ou d'autres thèmes importants, ceux-ci se sont montrés peu réceptifs, et n'arrivent pas à maintenir une écoute et une attention. Ils préfèrent discuter spontanément, partager leurs sentiments et leurs expériences. Le déni est également très présent chez ces patients, qui sont souvent plus enclins à reconnaître leur problème de drogue que leur double problématique. Plusieurs préfèrent l'étiquette de toxicomane au diagnostic psychiatrique. Le respect des règles du programme (ne pas consommer d'alcool avant la thérapie, par exemple) et du fonctionnement en groupe sont aussi des aspects importants.

La philosophie du programme diffère de celle des programmes en douze étapes et du modèle du rétablissement (*recovery*). Elle vise non pas l'abstinence, qui est un but parmi d'autres, mais plutôt à aider la personne à réaliser que la toxicomanie est un problème pour elle. Le but principal est d'amener le patient à voir qu'il doit arrêter sa consommation, de susciter chez lui un insight sur le problème que cela représente dans sa vie. Le programme tente d'éduquer, d'explorer les motifs de la consommation et ses conséquences négatives. Le groupe a une fonction de support et de normalisation. L'approche se veut très flexible (par opposition à la rigidité des programmes de toxicomanie, où une rechute ou un refus d'abstinence peut mener à l'exclusion), non-confrontante et supportante. L'humour est un outil important dans la thérapie. Ces patients ont besoin d'une atmosphère détendue, non-anxiogène et non-menaçante, vu leurs défenses fragiles. Une pause-café a lieu au milieu de la rencontre. À la fin des rencontres, les membres font un "contrat" de présence au prochain groupe, et se fixent des objectifs qu'ils tenteront de respecter durant la semaine, par exemple ne boire qu'une bière par jour.

Malgré l'absence d'une évaluation formelle de l'efficacité du groupe, l'observation clinique permet de voir des changements importants au fil de la thérapie. Au départ chaotique et désorganisé, le groupe est devenu plus cohésif, ponctuel, et ses membres respectent davantage les règles. Les patients, qui ont souvent peu d'habiletés sociales et de communication au départ, démontrent des progrès importants dans leur capacité d'interagir et de s'exprimer en groupe. Cette amélioration des habiletés sociales peut, selon le D^r Tempier, être un élément important dans la désintoxication, l'usage de substances étant souvent relié entre autres à un manque d'habiletés sociales et de réseau. Concernant la toxicomanie, elle semble diminuer, même si l'abstinence n'est pas facilement atteinte : souvent, les patients acceptent d'arrêter l'usage d'une substance, mais pas des autres. Ainsi, la route vers l'abstinence se fait-elle de façon très graduelle.

Le programme de l'HGM a établi depuis ses débuts une liaison avec le nouveau programme pour doubles diagnostics de Portage (voir plus loin, section 3.2.5). Bien qu'informelle, cette collaboration permet au groupe d'acheminer vers le programme de Portage les patients aptes à bénéficier d'un traitement interne à long terme, ce que l'HGM ne peut offrir, faute de ressources suffisantes. Jusqu'à présent, des cinq ou six patients qui ont effectué cette transition, un seul souhaite quitter Portage après neuf mois (la durée totale est d'un an). D^r Tempier souligne que tous les patients ne sont pas aptes à suivre ce programme strict et structuré.

Enfin, le SSC effectue des activités de recherche, portant principalement sur l'étude de la prévalence des doubles diagnostics dans l'hôpital, l'établissement d'instruments d'évaluation efficaces pour les dépister, et l'impact de la toxicomanie sur la qualité des soins auprès de la clientèle psychiatrique. Les activités de recherche sont financées par une subvention de recherche du gouvernement fédéral, tandis que le groupe bénéficie d'un financement interne de l'HGM, puisqu'il fait partie du SSC.

Concernant les développements futurs, les cliniciens souhaitent pouvoir mettre sur pied un programme de formation pour les intervenants, pour pallier au manque de connaissances

du personnel sur cette problématique. M^{me} Cohen souligne que le travail avec cette clientèle est souvent frustrant et difficile, et nécessite une approche d'intervention bien différente de l'approche habituelle en toxicomanie. On envisage aussi la possibilité de tenir le groupe deux fois par semaine pour assurer un meilleur encadrement des patients.

Selon M^{me} Cohen, la principale limite du programme actuel est la restriction des moyens dont ils disposent. Un seul groupe, avec une heure de rencontre par semaine, est nettement insuffisant, compte tenu de l'ampleur de la demande. Elle souligne le besoin d'un programme plus important, avec plus de personnel et de capacité d'accueil. Il est question de la création d'autres groupes de double diagnostic à l'intérieur du SSC.

Le D^r Tempier émet les recommandations suivantes : il y a un important besoin, dans les services de psychiatrie, d'évaluation et de dépistage des doubles diagnostics, et en particulier, au niveau de mesures objectives de cette problématique. Il faudrait mettre en place ou modifier des ressources pour ne pas perdre de vue ces patients, qui ont un taux d'attrition élevé et quittent souvent le traitement sans avertissement : il est essentiel de les suivre, de les recontacter, et d'effectuer un suivi cas par cas. Finalement, des entrevues individuelles de support seraient un complément important au programme, autant en traitement qu'en réadaptation. Le D^r Tempier soulève l'importance, vu la prévalence élevée de ces usagers des services psychiatriques, d'implanter des programmes de sensibilisation et de formation dans tout le réseau des soins de santé, et la nécessité qu'éventuellement chaque unité intègre le traitement de cette problématique dans ses services, plutôt que d'avoir à créer des programmes séparés pour les traiter. L'usage ou la dépendance aux drogues et à l'alcool représentant un des problèmes de réadaptation que les patients atteints de psychose persistante ont à surmonter. Chaque équipe impliquée dans la prise en charge de ces problématiques devrait être apte à répondre à ce type de problème.

3.1.2 Clinique Jeunes adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine

La Clinique Jeunes adultes de l'hôpital psychiatrique Louis H. Lafontaine est un service spécialisé dans le traitement des jeunes schizophrènes. L'âge d'admission pour les patients est de 18 à 25 ans et le programme s'adresse aux jeunes résidents des secteurs desservis par Louis-

H. Lafontaine et référés par les psychiatres. Le D^r Pierre Lalonde, psychiatre, et M^{me} Christiane Morin, ergothérapeute, estiment à un tiers la prévalence de toxicomanie, présente ou passée, dans leur clientèle. En raison de ce nombre important de patients à double diagnostic, l'équipe de traitement a été confrontée à cette problématique. Ce qui l'a amenée à porter attention au traitement de la toxicomanie dans son programme, sans par ailleurs en faire un programme distinct.

En plus de leur schizophrénie, et parfois de leur toxicomanie associée, ces patients ont généralement des problèmes d'argent, sont sans-emploi et ont abandonné les études, souvent à cause de leur condition psychiatrique. Certains ont des problèmes d'impulsivité et la criminalité est souvent présente. L'hébergement est aussi un problème majeur chez ces jeunes : ils peuvent être refusés dans les familles d'accueil à cause de leur problème de toxicomanie, être un fardeau pour leurs familles qui ne veulent plus les garder, et se retrouver sans-abri.

Le programme offre un traitement à l'interne et à l'externe. Il comporte tout d'abord une évaluation approfondie et répétée au fil du traitement, en tenant compte, au besoin, de la toxicomanie associée. Les patients à double diagnostic sont inclus dans les thérapies de groupe avec les schizophrènes non-toxicomanes, groupes portant sur les habiletés à communiquer, la résolution de problèmes, les loisirs, les activités de travail, selon les besoins de réadaptation. En plus des rencontres de groupe, ces patients, comme tous les autres sont suivis individuellement par un(e) thérapeute principal(e). Le traitement est adapté à chaque cas, ce qui fait qu'un patient peut être suivi quatre fois par semaine et un autre deux fois par mois, selon les besoins et le stade du traitement. Le programme fonctionne sous forme d'un centre de jour avec activités individualisées. Il y a également des ajustements de la médication, et le recours à l'hospitalisation, lorsque nécessaire.

Il n'y a pas de durée définie au traitement, qui prend fin lorsque le patient a atteint l'abstinence et s'est stabilisé avec succès. Cela est mesuré par le maintien d'un emploi ou d'activités significatives, la présence de relations interpersonnelles, etc... Une innovation du D^r Lalonde est l'utilisation des prestations de bien-être social comme un incitatif au traitement de la toxicomanie. En effet, de nombreux patients dépensent cet argent en achat de substances

psychoactives. Le D^r Lalonde utilise donc une modalité du bien-être social qui rend les prestations conditionnelles au suivi d'un traitement de désintoxication pour les patients chez qui cela pose un problème majeur. La mesure s'est montrée assez efficace dans certains cas pour l'engagement dans le traitement.

Bien que l'abstinence soit l'un des buts visés, il s'agit d'une abstinence relative et progressive, d'une réduction graduelle où on négocie des périodes d'abstinence avec chaque patient. L'approche est surtout axée sur la discussion ouverte de la consommation, comprend un volet d'information et de psychoéducation, et vise autant l'intervention (pour les doubles diagnostics) que la prévention (pour les patients schizophrènes n'ayant pas encore d'histoire d'abus de substance). L'intervention ne met pas l'accent sur le pourquoi mais plutôt sur les conséquences de la toxicomanie. Quand l'abus de substances est trop sévère, le patient n'est pas inclus dans le traitement de groupe, après évaluation de la dangerosité et de l'impact négatif possible sur le reste du groupe (effet d'entraînement, influence négative). Les patients chez qui la toxicomanie est prédominante seront suivis en externe et référés en désintoxication lorsque nécessaire. La clinique a établi une collaboration informelle avec Domrémy pour ces cas, mais il est difficile de motiver les patients à participer et cette collaboration demeure occasionnelle.

Pour tous les patients, qu'ils présentent ou non une comorbidité, les objectifs généraux du traitement sont l'amélioration de la qualité de vie des patients, et la réalisation de buts dans leur vie. L'accent est mis sur ces objectifs à long terme, plutôt que des objectifs à plus court terme qui motivent moins les patients (amélioration de l'hygiène, etc.). Pour les cas de double diagnostic, les buts spécifiques sont d'amener le patient à reconnaître ses deux conditions, à se rendre compte de la situation problématique causée par sa double difficulté (l'interférence dans son fonctionnement quotidien, les conséquences négatives), et l'amener vers la réadaptation. L'accent est mis sur l'avenir. En effet, contrairement à ce qui est observé chez les patients plus âgés avec une longue histoire de maladie mentale, les patients jeunes adultes ont des buts, se préoccupent de l'avenir, veulent réaliser les mêmes choses que les gens normaux de leur âge (comparativement aux patients plus âgés qui se comparent plutôt aux patients plus

malades qu'eux). C'est là la principale motivation au traitement utilisée par l'équipe d'intervention. Le traitement pour les patients à double diagnostic a surtout été inspiré par l'expérience clinique, et le modèle de Rockland County pour jeunes adultes chroniques (voir Pepper et Ryglewicz, 1984a; 1984b).

Jusqu'à présent, plusieurs cas de succès thérapeutique ont été enregistrés, mais il n'existe pas d'évaluation formelle du programme et de son efficacité. La clinique réalise quelques activités de recherche, notamment sur l'évaluation des besoins des clients et la réponse à y apporter, sur l'utilisation de nouvelles médications, et sur la satisfaction et le fardeau chez les familles de schizophrènes. Le D^r Lalonde souhaiterait faire beaucoup plus de recherche s'il disposait des ressources de temps nécessaires.

L'équipe de traitement est composée principalement de deux psychiatres, d'une ergothérapeute, d'une travailleuse sociale, d'un spécialiste en réinsertion et d'une infirmière. Le D^r Lalonde et M^{me} Morin soulignent qu'une des forces du programme est la grande cohésion existant au sein de l'équipe de traitement, ainsi que la spécialisation du personnel, qui se tient à jour et applique la recherche de pointe dans le domaine. Parmi les développements envisagés, la clinique souhaite mettre sur pied un lieu de rencontre supervisé (de type *clubhouse*) où les patients pourraient effectuer la transition à la communauté suite au traitement, et organiser des activités d'autofinancement, pour assurer un après-traitement.

Il y a présentement une liste d'attente pour le programme. D^r Lalonde souligne qu'ils auraient les locaux pour accueillir deux fois plus de patients, mais que les ressources financières sont insuffisantes. Le programme est financé par l'hôpital. L'équipe déplore le manque de ressources disponibles, surtout le manque de services d'hébergement appropriés ou de traitement résidentiel pour ces patients qui se retrouvent souvent sans abri.

Les recommandations du D^r Lalonde et de M^{me} Morin sont à l'effet d'évaluer la pertinence des interventions et de démontrer leur efficacité. Il y a un réel besoin d'évaluation rigoureuse et d'interventions planifiées de façon systématique et scientifique. Il serait de plus souhaitable de spécialiser davantage l'intervention pour des difficultés spécifiques comme les problèmes juridiques. Également, il serait essentiel de créer des ressources d'hébergement

avec des capacités d'accueil pour répondre à la demande. Et finalement, il faudrait sensibiliser le grand public et les professionnels du système de santé face à la problématique des doubles diagnostics. Les cliniciens sont trop peu informés sur cette population, ce qui cause un mauvais dépistage, des évaluations erronées au départ, et complique tout le cheminement de traitement de ces patients.

3.1.3 Unité de psychiatrie, Hôpital Saint-Luc

Le département de psychiatrie de l'hôpital St-Luc offre des services psychiatriques spécifiques pour les patients présentant des doubles diagnostics. Le D^r Louise Guay, directrice du département de psychiatrie, et le D^r Francine Morin, de la clinique externe, expliquent que le problème des comorbidités se pose depuis des années à l'unité psychiatrique. Bien que la prévalence des cas de doubles diagnostics n'ait pas été mesurée, elle est estimée à au moins 50 % des patients qui se présentent en psychiatrie, avec différents profils de consommation de substances et de sévérité de troubles mentaux. Le secteur du centre-ville desservi par l'hôpital St-Luc, secteur assez démuné, aurait selon les D^{rs} Guay et Morin une prévalence particulièrement élevée de troubles mentaux sévères associés à la toxicomanie.

Les personnes à double diagnostic qui se présentent en psychiatrie sont principalement des schizophrènes, bien que d'autres diagnostics comme la manico-dépression et les troubles de personnalité soient aussi présents. Les patients abusent typiquement d'alcool, de drogues, et/ou de médicaments (tels les benzodiazépines). Plusieurs ont été diagnostiqués séropositifs, surtout dans les cas de prostitution ou d'utilisation de drogues intraveineuses. Ils se présentent souvent à l'urgence, notamment à cause de tendances suicidaires, parce qu'ils n'ont plus d'argent ou encore parce qu'ils y sont amenés par la police. Ils sont aussi référés en psychiatrie par l'unité de toxicomanie.

Les patients à double diagnostic peuvent être traités à plusieurs niveaux dans le département de psychiatrie. Principalement, une thérapie de groupe pour doubles diagnostics a été mise sur pied à la clinique externe, suite au constat de l'inadéquacité des groupes AA traditionnels pour les personnes à double diagnostic. Ce groupe informel existe depuis trois

ans, et accueille environ sept à dix patients par rencontre. Quatre rencontres par semaine ont lieu, d'une durée de 45 minutes. La participation se fait sur une base volontaire, et les patients sont accueillis sur demande. Bien qu'il s'agisse d'un groupe ouvert, une relance a lieu à tous les six mois pour recontacter les patients qui n'ont pas été vus en traitement depuis quelque temps. La formule est surtout axée sur la discussion informelle de la consommation. Des informations de nature psychoéducative sont aussi intégrées aux discussions. Huit intervenant(e)s (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes) sont impliqué(e)s dans le programme, et chaque patient est suivi en parallèle par un(e) psychiatre.

Les objectifs du groupe sont d'amener la prise de conscience chez les patients de leur problème de toxicomanie et de les sensibiliser face aux conséquences négatives de l'abus de substances. Le traitement offre aussi du support, et donne des moyens aux patients d'arrêter leur consommation. L'approche est essentiellement une approche psychologique, et la philosophie du traitement est davantage la réduction des méfaits qu'une philosophie de type AA avec un but d'abstinence. Le groupe est spécifiquement adapté aux patients à double diagnostic. La petite taille des groupes et le style non intrusif est moins menaçant pour ces patients qui n'ont pas à socialiser, ou à tolérer un grand groupe, contrairement aux AA, où les stimuli émotifs sont souvent trop intenses pour les patients avec des troubles psychiatriques sévères. Le D^r Morin décrit le groupe comme un groupe de motivation, et souligne que la formule semble appréciée des patients. L'équipe de traitement travaille aussi au niveau du logement (ne pas demeurer dans un environnement qui maintient la consommation), de la gestion de l'argent et porte une attention particulière à la prévention du SIDA. La durée de participation au groupe pour les patients est très variable, et peut aller au-delà d'un an. Il n'y a pas de durée fixe, vu la nature ouverte du groupe. Suite au groupe, les patients sont référés de façon individualisée aux ressources communautaires les plus appropriées.

Le groupe, en fonction depuis trois ans, a connu une évolution observable avec le temps. Malgré la nature ouverte du traitement, certains patients sont devenus des réguliers, et se présentent au groupe chaque semaine, jusqu'à quatre fois par semaine. Avec le développement graduel d'un sentiment d'appartenance, les patients se soutiennent et également se confrontent entre eux, et une dynamique de groupe active s'est installée.

Certains événements, dont le décès de quelques membres par intoxication, ont ponctué l'évolution du groupe et suscité la réflexion et l'introspection chez les membres.

Jusqu'à présent, l'observation clinique permet de constater un bon taux de succès dans la réduction ou l'arrêt de la consommation. Bien qu'il n'y ait pas eu d'évaluation formelle du programme de groupe, M^{me} Ginette Aubin, de la clinique externe, remarque que plusieurs patients sont devenus plus conscients des problèmes causés par la consommation, qu'une minorité de patients cessent leur consommation, et que plusieurs autres la réduisent, bien que cela prenne souvent plus d'une année de traitement. Les changements les plus notables sont souvent au niveau du mode de vie : déménagement dans un environnement plus sain, demande de gestion externe de leurs finances et développement d'un certain réseau social entre les membres réguliers du groupe. Certains patients essaient parallèlement de s'engager dans des traitements en centre de désintoxication, d'autres deviennent membres des AA ou d'autres groupes d'entraide. Quelques patients (plus rarement) sont déjà abstinents en début de traitement mais viennent au groupe par besoin de soutien, jusqu'à ce qu'ils trouvent une activité significative à l'extérieur.

L'unité bénéficie de bons liens avec diverses ressources du secteur, notamment le CLSC des Faubourgs et le centre Préfontaine, avec lesquelles ils ont des ententes de références. Outre le groupe en clinique externe, quatre lits sont disponibles dans l'unité pour un traitement interne. Les patients y sont également encouragés à participer au groupe de la clinique externe. La formation des intervenants du groupe se fait de façon informelle, par le biais des liens avec l'unité de toxicomanie. Les intervenants se réunissent deux fois par mois pour des discussions cliniques. L'intervention a été élaborée en réaction à un besoin présent dans leurs services auquel le traitement régulier ne répondait pas. Pour élaborer son programme, la clinique externe s'est principalement basée sur la littérature (modèle des services intégrés de Drake), mais avec des moyens beaucoup plus limités.

Bien que l'unité travaille à élaborer un programme de clinique spécialisée, les D^{rs} Guay et Morin souhaiteraient mieux systématiser et mieux évaluer leur intervention. Au moment

présent, l'unité met l'accent sur la formation du personnel, tant au niveau de l'intervention que de l'évaluation et du dépistage des doubles diagnostics. Le D^r Guay souhaite également une meilleure articulation entre les services de toxicomanie et de psychiatrie de l'hôpital, pour éventuellement établir une collaboration plus étroite dans le traitement des patients. Des projets sont en cours pour étendre ces services aux trois pavillons du Centre hospitalier universitaire de l'université de Montréal (CHUM), incluant Notre-Dame et l'Hôtel-Dieu.

Les D^{rs} Guay et Morin déplorent par ailleurs le manque de ressources disponibles pour encadrer adéquatement ces patients, surtout le manque de lieux d'hébergement appropriés. Les patients à double diagnostic ont besoin d'un meilleur encadrement, et il y a un manque au niveau du personnel spécialisé. Elles recommandent la formation des professionnels sur les doubles diagnostics, tant au niveau des ressources communautaires et des groupes d'entraide que chez les psychiatres, et autres professionnels et le développement d'une meilleure collaboration entre les réseaux.

3.1.4 Urgence psychiatrique, Hôpital Douglas

L'urgence psychiatrique de l'Hôpital Douglas accueille assez fréquemment des patients à double diagnostic. Le profil habituel de ces patients est l'abus d'alcool ou de médication psychotrope (comme la médication prescrite pour contrer les effets secondaires des antipsychotiques). Ces patients ne sont généralement pas des toxicomanes ou alcooliques sévères. Ils se présentent habituellement en période d'intoxication, emmenés par leurs proches, par la police, ... Ils sont souvent gardés en observation pour la période de sevrage; le plus souvent, suite à cette intervention à court terme et une fois la crise passée, ils ne sont pas motivés à un traitement plus prolongé et retournent dans leur milieu. Le D^r Michel Messier, psychiatre à l'urgence, souhaite intervenir auprès du milieu social du patient et réunir l'entourage (famille, travailleurs sociaux) pour décider de l'encadrement du patient à sa sortie.

Le D^r Messier constate que l'aide que l'on peut apporter à ces patients est limitée. Eux-mêmes sont peu motivés face au traitement, et les services sont très réfractaires à accueillir ce type de patients. L'intervention vise la réduction des méfaits plus que le traitement, et consiste surtout en la stabilisation du patient jusqu'à ce que la période de crise soit passée, et que le client se présente à nouveau à l'urgence à la crise suivante. Il s'agit donc d'une clientèle très

peu attrayante et peu gratifiante pour les professionnels. Malgré la courte durée de séjour des patients, la demande de services dépasse de beaucoup les ressources disponibles. L'urgence psychiatrique de l'Hôpital Douglas dessert plusieurs CLSC, auxquels de nouveaux s'ajouteront cette année, et la clientèle est en augmentation constante. Le D^r Messier déplore le fait que ces patients soient référés trop facilement à l'urgence, entre autres par les forces policières qui y envoient les patients intoxiqués plutôt que de les arrêter ou de les conduire à l'hôpital général

Bien que le service n'ait pas d'alliances formelles avec d'autres services pour le traitement des cas de doubles diagnostics, l'hôpital a récemment conclu une entente avec le service pour doubles diagnostics de Portage. Cependant, les patients ont une représentation très négative de Portage comme d'un milieu coercitif, et refusent systématiquement de s'y faire traiter lorsque l'alternative leur est suggérée. En fait, en plus de six mois de tentatives, aucun patient n'a accepté de s'inscrire en traitement à Portage. Cette clientèle est réticente au traitement, même lorsqu'il s'agit d'autres ressources telles Domrémy-Montréal ou le centre d'accueil Préfontaine. Le suivi des patients après le séjour à l'urgence est donc mitigé.

Concernant la désintoxication de ces patients psychiatriques, le D^r Messier soulève le dilemme qu'implique cette intervention dans les cas de comorbidité. Ces patients ont peu de sources de plaisir et de stimulation, vu leur manque de ressources personnelles, et la consommation est souvent la seule source de plaisir dont ils disposent. En arrêtant cette consommation, le professionnel fait face à l'absence d'alternatives à proposer aux patients, en raison de leurs limites au niveau social, professionnel, et autre. Ceux-ci pourront alors devenir déprimés et développer des symptômes somme toute aussi incapacitants que les symptômes reliés à la consommation. En fait, les bénéfices subjectifs associés à la consommation peuvent souvent être plus grands que ceux associés à l'abstinence, dans le contexte de patients qui ne souffrent pas de toxicomanie sévère. Cela souligne le besoin de créer des alternatives à la consommation pour ces patients, avant d'envisager l'abstinence.

3.2 Les services en réadaptation

3.2.1 Programme Toxicomanie-Santé mentale, Domrémy-Montréal

Le centre public de réadaptation Domrémy-Montréal a mis sur pied il y a deux ans un programme expérimental « Toxicomanie-Santé mentale ». M. Michel Germain, chef du programme, explique que le besoin de créer un programme spécialisé pour les toxicomanes souffrant de troubles de santé mentale tient aux difficultés rencontrées dans le traitement régulier auprès de cette clientèle, et de la forte incidence de comorbidité chez les clients.

Les clients regroupés dans le programme de santé mentale présentent sans contredit le plus haut niveau de sévérité et de détérioration parmi les clients du Centre. Ils sont plus souvent référés en traitement interne, ce qui indique une détresse psychologique plus élevée et une dégradation du milieu de vie. Cette clientèle compte 52 % de femmes et 48 % d'hommes, comparativement aux clients des autres programmes où le nombre d'hommes est typiquement beaucoup plus élevé (environ 70 %) que le nombre de femmes (environ 30 %). Les substances sédatives sont davantage consommées que les stimulants par cette clientèle. Une bonne partie des références proviennent du réseau de la psychiatrie.

Le programme « Toxicomanie-Santé mentale » a été divisé en deux catégories : les troubles de personnalité sévères et la maladie mentale. La clientèle à double diagnostic compte pour 28 % de la clientèle actuelle de Domrémy-Montréal, dont 20 % de troubles de personnalité et de 7 à 8 % de troubles mentaux sévères (principalement schizophrénie). Lors de la création du programme, on s'est surtout basé sur l'expérience clinique et sur la littérature existante, en puisant dans différentes sources pour bâtir un traitement unique qui corresponde aux besoins spécifiques de la clientèle.

L'intervention se mobilise autour de trois axes de travail : la stabilisation, l'adaptation et la réadaptation, chacun visant des changements aux niveaux de la consommation, de la santé mentale et de la situation psychosociale. La stabilisation, pour les patients en état de crise, vise la diminution de la consommation génératrice de la crise, la réduction des comportements destructeurs ou auto-destructeurs, la mise en place des contrôles externes nécessaires, et la réduction des facteurs aggravants dans l'environnement. Ce niveau vise aussi à obtenir la collaboration du client au traitement. L'adaptation a principalement pour objectifs de conscientiser le client sur la fonction de sa consommation, d'éliminer les effets problématiques de la consommation, de développer l'intérêt pour l'introspection,

d'intérioriser un sentiment de confiance en la capacité de faire face à la réalité extérieure à l'intérieur de ses limites, de prendre conscience des répercussions de ses difficultés, de développer une motivation à explorer de nouvelles sources de socialisation, et d'expérimenter des relations plus satisfaisantes avec son environnement. La réadaptation, finalement, vise à éliminer ou diminuer la consommation comme moyen d'autorégulation au profit de nouvelles stratégies, à acquérir des capacités d'autocritique face à ses conduites, à amener à une plus grande maturité émotionnelle, à développer une plus grande cohérence du sentiment d'identité, et à modifier les interactions de l'individu avec son environnement au niveau de l'indépendance, des relations interpersonnelles et d'attentes plus réalistes.

Le dépistage des troubles de santé mentale se fait dès la première évaluation par le biais de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT). Les clients à double diagnostic sont alors regroupés dans le programme, qui diffère considérablement de l'intervention traditionnelle à Domrémy-Montréal. Lorsque les clients se présentent en état de crise, un traitement interne de onze jours (dix-huit lits) est disponible pour favoriser la stabilisation. Le suivi externe se fait au départ sur une base individuelle. Le programme Toxicomanie-Santé mentale compte, en plus du traitement individuel de base, deux groupes auxquels les clients peuvent être référés : le groupe « Dépendance » offre de l'information et du support dans l'arrêt ou la diminution de consommation, et le groupe « Stress et anxiété » vise la gestion du stress, souvent très déficiente chez ces clients. Pour le reste, l'intervention consiste en des rencontres individuelles d'une heure avec un intervenant, à raison d'une fois par semaine, fréquence qui varie toutefois selon les besoins. Le traitement est ouvert et les clients se présentent au besoin.

Le traitement se fait principalement sur l'axe de l'adaptation. En effet, les cliniciens ont constaté que ces clients avaient besoin de plus de support concret, d'information, et nécessitaient des objectifs à court terme, plutôt qu'une démarche plus approfondie de réadaptation dans laquelle ils ont de la difficulté à s'investir. Le programme vise la réduction des méfaits plutôt que l'abstinence ou des objectifs à long terme. Un des buts principaux est de rendre les clients fidèles à leur médication. M. Germain estime qu'il est plus réaliste, avec ces clients, de viser de petits succès plutôt que des buts trop difficiles à atteindre comme

l'abstinence. L'approche a donc été adaptée aux possibilités et aux limites des clients avec des troubles psychiatriques.

Le programme comporte une équipe de traitement multidisciplinaire composée de neuf intervenants qui ont été formés et supervisés pour l'intervention auprès des doubles diagnostics, soit des psychologues, des éducateurs spécialisés, une infirmière et une travailleuse sociale. Une psychiatre agit en tant que consultante. Domrémy-Montréal tente aussi d'établir une alliance avec le réseau de la psychiatrie de Montréal pour des échanges de services. Le programme peut présentement suivre jusqu'à deux cents clients de façon simultanée. Il y a de plus une liste d'attente à l'année au programme. Sept nouvelles places sont disponibles par semaine. Bien que le programme s'apprête à élargir ses services, les ressources disponibles ne suffisent pas à la demande.

Une évaluation du programme était en préparation au moment de la rédaction. Entre temps, il est encore difficile d'évaluer les résultats du traitement, bien que certaines modalités, comme les groupes, semblent obtenir des résultats positifs. Les cliniciens considèrent que ces clients sont maintenant beaucoup plus faciles à traiter dans le cadre du programme spécialisé. Le programme expérimente et évolue avec l'expérience clinique, et le personnel développe une expertise de plus en plus spécialisée. Des projets de formation ont cours à chaque année.

Plusieurs développements seront bientôt réalisés dans le programme, en raison de la fusion de Domrémy avec les centres de réadaptation Alternatives et Préfontaine, et la priorisation de la problématique de santé mentale en toxicomanie. Il en résultera un investissement plus grand de ressources dans le programme « Toxicomanie-Santé mentale ». Cependant, le manque de ressources financières pour répondre vraiment aux besoins demeure : il faudrait, selon M. Germain, trois fois plus de ressources que celles actuellement disponibles afin de répondre à la demande.

M. Germain émet trois recommandations principales. Tout d'abord, il serait essentiel d'encourager fortement les psychiatres à s'intéresser et à pratiquer dans le domaine de la toxicomanie. M. Germain déplore la difficulté d'impliquer les psychiatres dans le traitement

des clients à double diagnostic, malgré les efforts de Domrémy pour travailler conjointement avec eux. Ce serait là le principal point à améliorer, puisque l'absence de psychiatres ne favorise pas le traitement des doubles problématiques.

Également, il faudrait, au niveau de la régie régionale, que la toxicomanie et la psychiatrie aient des objectifs communs. Il est nécessaire d'établir une meilleure cohérence entre les deux réseaux, car établir des liens avec le réseau psychiatrique requiert un grand investissement de ressources et d'énergie dans le contexte actuel. Une coordination des deux réseaux faciliterait beaucoup le travail des intervenants, en raison de la taille restreinte du réseau de soins pour les toxicomanes avec troubles mentaux.

Enfin, les fonds perdus dans les coupures de budget au cours des cinq dernières années réduisent considérablement les capacités de développement et de maintien des services. La récupération de cet argent permettrait la croissance des services offerts et aux services de toxicomanie d'effectuer une percée auprès de cette clientèle.

3.2.2 Département de toxicomanie, Hôpital Saint-François d'Assise

L'Hôpital Saint-François d'Assise est le seul dans la ville de Québec à offrir un traitement en milieu hospitalier pour les toxicomanes. Le D^r Pierre Rouillard, chef du département clinique de toxicomanie de l'hôpital, s'intéresse comme psychiatre aux doubles diagnostics. Il a l'occasion de voir des patients toxicomanes qui présentent des troubles psychiatriques dans son unité. Par ailleurs la plupart des patients présentant des troubles mentaux graves se retrouvent généralement dans un département de psychiatrie, sans traitement spécialisé de la toxicomanie. Pour cette raison, assez peu de ces personnes se retrouvent dans l'unité de toxicomanie. Les troubles mentaux les plus fréquents rencontrés dans ce service sont les troubles de personnalité et les troubles anxieux et dépressifs.

Néanmoins, de deux à trois pour cent de la clientèle présenteraient un trouble affectif bipolaire ou une schizophrénie, selon les données de la feuille sommaire. Ces patients à double diagnostic présentent divers profils de comorbidité. Dans certains cas, l'abus de substance précède les troubles psychiatriques et les psychoses induites par l'abus de substances sont assez fréquemment observées. Dans plusieurs cas cependant, les circonstances de l'émergence des troubles ne sont pas claires et il est difficile d'établir un diagnostic précis. La consommation est le plus souvent la polytoxicomanie avec une prédominance de l'alcool, et également de la cocaïne. Les clients sont d'âges variables, avec un sous-groupe particulier de jeunes toxicomanes avec symptômes psychotiques (environ une quarantaine par année). Il s'agit souvent de patients récurrents, qui en sont à plusieurs réadmissions à l'unité. Près du tiers se présentent en urgence, et les autres proviennent de sources diverses de référence (rarement des références psychiatriques cependant). Les patients à double diagnostic pris en charge par le service sont parfois suivis parallèlement par un psychiatre de l'extérieur.

Le service de toxicomanie comporte présentement un volet désintoxication et un volet réadaptation. Il offre un suivi intégré des troubles psychiatriques et d'abus de substances, plutôt qu'un traitement parallèle ou séquentiel. L'unité n'a pas de programme formel pour les patients à double diagnostic. Toutefois, on privilégie une approche, une modalité ou un type de thérapeute pour ces personnes. Les cas les plus sévères sont suivis par le psychiatre ou

réacheminés en psychiatrie suite à la désintoxication. Les autres sont, sont intégrés dans le traitement de toxicomanie régulier. Le traitement de désintoxication, tout d'abord, est sensiblement le même avec les patients à double diagnostic qu'avec les autres toxicomanes, à l'exception qu'il faut ajouter à la médication pour désintoxication la médication psychiatrique du patient. Pour ce qui est de la réadaptation, elle peut être offerte en interne pour trois semaines, suivie d'un traitement externe en centre de jour durant six semaines. Dans ce dernier cas, deux approches sont privilégiées : comportementale ou psychodynamique, selon les problématiques. S'ajoutent à ces séances de réadaptation, des activités de type éducatif et d'enseignement. Des thérapies individuelles sont aussi offertes. Divers suivis en externe peuvent être offerts en groupe ou en individuel. Pour le cas particulier des doubles diagnostics, en plus de ces activités régulières, on s'assure également que les clients poursuivent leur suivi psychiatrique externe s'il y a lieu, et prennent leur médication. Suite au traitement de groupe, on tente également, pour les personnes à double diagnostic, d'établir un diagnostic précis, ce qui souvent n'est pas possible dans les premières semaines.

La philosophie officielle du traitement est la nécessité de l'abstinence, bien qu'un mouvement vers une approche de réduction des méfaits soit amorcé. L'abstinence est vue davantage comme un moyen d'atteindre des buts fonctionnels que comme le but principal en soi. Elle est exigée plus strictement pour les patients à double diagnostic en raison de leur difficulté à mener une vie fonctionnelle avec deux troubles conjoints.

Parmi les développements possibles du service, cinq lits pourraient être réservés pour les cas de double diagnostic sur les dix-sept disponibles en désintoxication. Le D^f Rouillard souhaiterait pouvoir mettre sur pied des services spécifiques pour patients à double diagnostic, par exemple un groupe de thérapie externe pour schizophrènes toxicomanes. Par ailleurs, dès avril 1997, le service de réadaptation sera transféré à un centre indépendant et le service n'aura plus que le mandat de désintoxication. Le service a présentement des ententes avec les autres hôpitaux, qui lui réfèrent leurs cas de toxicomanie. Cependant, les échanges avec les divers départements de psychiatrie sont très peu développés.

Le D^r Rouillard remarque que les patients à double diagnostic, souvent ambivalents face au traitement, présentent une issue du traitement moins favorable. Toutefois, l'observation clinique permet d'évaluer qu'environ la moitié des patients connaissent une amélioration suite au traitement. Ce taux pourrait être accru si les ressources permettaient d'apporter les améliorations nécessaires au programme et au suivi (dans une optique de prévention de la rechute). Le D^r Rouillard constate tout d'abord l'absence d'agents de coordination des services (*case managers*) qui permettraient de faire le lien entre la psychiatrie la toxicomanie et d'autres services, et favoriseraient l'intégration du suivi. L'absence d'un programme spécifique pour doubles diagnostics serait un autre manque important. Cependant, pour l'implantation de groupes spécifiques pour les personnes à double diagnostic, une meilleure collaboration entre la psychiatrie et la toxicomanie serait nécessaire. En effet, les services de psychiatrie ne font pas de dépistage systématique d'abus de substances, et assez peu de clients psychiatriques sont ainsi référés en toxicomanie. Leur prévalence actuelle est donc trop peu élevée pour justifier la création d'un groupe spécialisé. Ces patients passent malheureusement à côté d'un traitement plus adéquat dans le fonctionnement actuel, selon le D^r Rouillard.

Le D^r Rouillard estime que d'autres lacunes du service actuel sont l'absence de personnel spécialisé comme des neuropsychologues, et le manque de psychiatres (lui-même est le seul psychiatre de l'unité). Il n'y a pas de formation sur les doubles diagnostics pour le personnel. De plus, il juge que le département n'est pas équipé de façon sécuritaire pour gérer le risque suicidaire et la dangerosité chez les patients. Le service ne dispose pas non plus d'évaluation spécifique pour les doubles diagnostics.

Le D^r Rouillard réalise par ailleurs qu'il y a assez peu d'appui pour le développement de programmes pour personnes à double diagnostic, et que c'est un domaine qui attire peu les psychiatres. Ce qui entraîne un manque de professionnels de la psychiatrie en toxicomanie et une certaine réticence à traiter ces patients. Il constate aussi un manque important au niveau de la prévention de la toxicomanie auprès de cette population, et que peu de professionnels s'impliquent au niveau politique et social dans la promotion des droits de ces personnes. Le

réseau de soins à ce niveau est dispersé et peu coordonné. Le D^r Rouillard essaie présentement d'établir un réseau parmi les professionnels oeuvrant dans le domaine. Selon lui, chaque hôpital devrait s'adapter à la réalité de la toxicomanie et fournir les équipements de première ligne. Le manque de données et de recherche nuit également au développement de ce domaine.

Le D^r Rouillard recommande de mettre l'accent sur la toxicomanie en santé mentale, de former les professionnels sur la problématique des doubles diagnostics, qui devraient s'orienter davantage vers la multidisciplinarité dans le traitement de ces troubles, et de développer davantage l'intervention auprès des clientèles multiproblématiques : en milieu carcéral, ou chez les sans-abris, peu d'interventions existent à Québec. De plus, la création d'interventions spécifiques (par ex.: le développement d'habiletés sociales, la psychoéducation et les thérapies cognitivo-comportementales) serait hautement nécessaire.

3.2.3 Unité de toxicomanie, Hôpital Saint-Luc

L'unité de toxicomanie de l'hôpital St-Luc est reconnue dans le milieu professionnel comme ayant l'un des services de désintoxication les mieux équipés du Québec, avec un service ambulatoire, un suivi médical complet et 22 lits pour le traitement hospitalier. Selon le D^r Brissette, intervenante dans l'unité, environ 25 % des patients en traitement de toxicomanie ont une comorbidité de trouble mental sévère (principalement dépression majeure ou schizophrénie) qui nécessite un suivi pharmacologique. Le taux de comorbidité doublerait si les troubles de personnalité étaient inclus.

L'unité de toxicomanie n'a pas encore de programme d'intervention spécifique pour les cas de doubles diagnostics, bien que les intervenants souhaiteraient mettre sur pied un tel programme. Déjà, conjointement avec le département de psychiatrie, l'unité est à développer un programme de formation sur les doubles diagnostics pour les résidents en psychiatrie de l'Université de Montréal, programme qui débutera sous peu. Ce programme académique est principalement basé sur la littérature récente dans le domaine (Drake, Minkoff, voir la liste des références). Toujours dans le cadre de l'affiliation de l'hôpital avec l'Université de Montréal, les résidents en psychiatrie effectuent des stages à St-Luc afin de se familiariser avec la toxicomanie.

Pour le moment, lorsqu'un patient a un diagnostic établi de trouble mental sévère en plus de la toxicomanie et est suivi par un psychiatre, l'unité travaille en collaboration avec le psychiatre traitant et communique avec lui pour fixer des objectifs et un plan de traitement. Le suivi se déroule généralement sans problème, de façon concomitante et parallèle entre les deux unités. La situation est plus complexe lorsque le patient n'a pas de suivi psychiatrique, ou que le diagnostic n'est pas clairement établi. On peut garder ces patients en traitement interne pour une semaine ou deux, en tentant de stabiliser le mieux possible leur état. Cependant, après la désintoxication, peu de ressources sont disponibles où référer ces patients pour un traitement adéquat. Ils sont généralement référés au service de psychiatrie de leur secteur, mais le délai de prise en charge peut aller jusqu'à 6 mois, délai durant lequel les rechutes sont inévitables. On ne peut en effet s'attendre à ce que ces patients demeurent désintoxiqués sans aucun suivi durant cette période de temps, et les résultats de cette procédure sont médiocres.

Les patients à double diagnostic sont donc traités conjointement avec les autres patients dans l'unité, qui n'a pas de capacité limite d'accueil pour les doubles diagnostics. Aucune référence n'est nécessaire pour l'entrée dans le traitement, et ces patients peuvent provenir de partout : la rue, leur famille, leur foyer d'accueil, etc. L'unité ne refuse que les cas d'ordonnance de cour (sauf exception), car le travail en contexte judiciairisé ne fait pas partie de leur mandat.

Le traitement de la toxicomanie comporte deux aspects : le sevrage avec assistance médicale et la réduction des méfaits. Le but est d'améliorer la qualité de la santé, et non pas seulement d'atteindre l'abstinence, laquelle n'est qu'un des objectifs dans l'optique de l'amélioration de la santé. Un but supplémentaire pour les personnes à double diagnostic est la stabilisation de la condition psychiatrique, laquelle peut influencer la stabilisation de la toxicomanie et vice versa. Le plan de traitement est évalué selon l'état psychiatrique du patient. Notamment, si le patient est trop instable, le traitement ambulatoire est contre-indiqué et le patient est suivi en interne.

Le personnel de l'unité est un personnel hospitalier, c'est-à-dire médecins (6), infirmières, ainsi que des travailleurs sociaux. L'intervention est brève et l'unité ne compte

aucun psychologue ou thérapeute, l'intervention se voulant essentiellement médicale. La formation sur les doubles diagnostics se fait principalement par la participation à différents colloques et formations scientifiques. L'Hôpital Saint-Luc a développé des alliances, formelles et informelles, avec de nombreux autres milieux de traitement, dont le regroupement Domrémy-Alternatives-Préfontaine. L'unité de Saint-Luc offre le service de désintoxication pour la clientèle de ces centres, et réciproquement ceux-ci offrent un accès plus facile à leurs ressources pour les patients de l'unité.

Les développements envisagés par l'unité dans le domaine des doubles diagnostics incluent un projet de recherche pour créer une base de données sur les doubles diagnostics, ressource actuellement inexistante pour le Québec. Le développement d'une intervention clinique spécifique est aussi envisagée.

Le D^r Brissette recommande principalement des fonds pour le développement autant de l'intervention que de la recherche dans le domaine des doubles diagnostics. Les patients à double diagnostic constituent la clientèle la plus lourde dans les deux réseaux. Ils nécessitent des interventions coûteuses, mais ces interventions permettraient d'éviter des coûts médicaux et sociaux beaucoup plus élevés. Plus ils seront pris en charge tôt dans la séquence de soins, plus grands seront les bénéfices. L'unité, suite à la rationalisation, fonctionne déjà à la limite de ses capacités de développement, à même les fonds de l'hôpital, et n'a aucune place pour de nouveaux développements sans ressources supplémentaires.

Le D^r Brissette souligne également le besoin de psychiatres formés pour cette clientèle. Plus ils seront nombreux, plus le temps d'attente sera réduit pour les patients en besoin de traitement. Le système manque de ressources pour faire le pont entre la désintoxication et le suivi psychiatrique. Finalement, il y a un besoin de formation spécifique dans tout le réseau de soins.

3.2.4 Centre de réadaptation Portage

Le centre de réadaptation Portage applique un programme de traitement en communauté thérapeutique pour toxicomanes. Récemment, l'organisme a mis sur pied un

programme spécialisé pour les toxicomanes souffrant de troubles mentaux, clientèle qui ne s'intégrait pas dans le traitement régulier. En effet, ces clients étaient jugés inaptes à bénéficier du traitement et étaient refusés. Consciente du problème, l'équipe de Portage s'est renseignée sur les programmes existant ailleurs pour les personnes à double diagnostic, et principalement sur la communauté thérapeutique modifiée Halsey House (New York) pour les doubles problématiques.

Le programme résidentiel compte 25 lits, et la demande dépasse de beaucoup les places disponibles; au moment de la rédaction la liste d'attente comptait déjà dix-sept noms. Les clients actuels, majoritairement des hommes, sont principalement des schizophrènes, bien que le programme accueille aussi quelques personnes présentant des troubles bipolaires et des troubles de personnalité état-limite. Les clients sont bénéficiaires du bien-être social, et résident habituellement avec leurs parents, en foyer de groupe ou en chambre. Ils sont souvent hospitalisés avant leur entrée en traitement, et sont référés à Portage par leur psychiatre, médecin ou travailleur social. Une référence psychiatrique est nécessaire à l'admission.

La communauté thérapeutique est située à Prévost (Lac Écho), et le programme s'effectue en parallèle avec les ressources du centre externe de Montréal. Le traitement interne dure de dix à douze mois. Les buts de l'intervention sont de rendre les participants fonctionnels, de les amener à assumer un rôle dans la société, et de leur donner une raison d'être. Plusieurs modifications ont été apportées au programme régulier pour l'adapter aux clients avec double diagnostic. Tout d'abord, la période d'engagement se fait graduellement. Plusieurs visites peuvent avoir lieu avant l'admission. L'emploi du temps est structuré et diverses activités, dont l'intensité est adaptée aux personnes à double diagnostic, ont lieu toute la journée. Les rencontres de groupe sont plus courtes et plus espacées, et on mise beaucoup sur l'effet de groupe et l'entraide comme outils thérapeutiques. La rencontre de groupe, au début de chaque journée, met l'accent sur les aspects positifs, la motivation, plutôt que sur les problèmes ou les difficultés. L'humour et les chansons sont utilisés. Les besoins concrets des patients sont pris en considération et des activités sur la gestion de l'argent, les relations sociales, la gestion des émotions et les éléments déclencheurs des troubles sont offertes.

Le principe directeur de l'approche est la responsabilisation. En effet, ces patients ont souvent été pris en charge par le système de santé mentale et n'ont jamais été responsabilisés. À Portage, ils sont assistés, encouragés, mais rien n'est fait à leur place. Ils gèrent et administrent eux-mêmes leur médication, et participent à diverses tâches dans la communauté thérapeutique, tâches qui ont été adaptées à leurs capacités. Les groupes sont animés par les patients les plus avancés dans le traitement, et non par un professionnel. Toutes les activités sont cependant supervisées. Le traitement se déroule en quatre phases, chacune comportant un certain nombre d'attentes à remplir avant de passer à la suivante. Des contrats hebdomadaires sont fixés pour chaque membre, et certains privilèges dépendent du respect de ces engagements. Suite au traitement interne, la réinsertion sociale est préparée, avec le maintien d'un suivi pouvant s'étendre sur plusieurs années.

Tout le traitement se fait en collaboration avec un psychiatre qui s'engage à suivre le client pour toute la durée du traitement, avec des rencontres mensuelles, un suivi de la médication et des rencontres avec le personnel de Portage pour discuter de l'intervention. Dès le départ, c'est avec le psychiatre référent que se discute l'aptitude du client, selon la sévérité de ses difficultés, à bénéficier du traitement en communauté thérapeutique.

Outre le fait que l'abstinence soit une condition d'entrée dans le traitement, le modèle de la communauté thérapeutique est assez différent des approches traditionnelles de réadaptation en douze étapes, par l'accent mis sur la responsabilisation plutôt que sur le modèle de la maladie où la personne est impuissante face à sa difficulté.

Depuis ses débuts en octobre 1995, le programme de communauté thérapeutique modifiée connaît, selon M. Sylvain Harvey, intervenant, un succès inespéré vu les attentes pessimistes face à cette clientèle ayant souvent une longue histoire d'échecs de traitement. Jusqu'à présent, seuls six ou sept patients ont quitté le traitement lors de la période initiale d'engagement, et un grand nombre des clients demeurés en traitement connaissent déjà des améliorations importantes. La plupart ont réduit leur médication et fonctionnent bien dans la communauté thérapeutique. M. Harvey souligne les effets bénéfiques et thérapeutiques du

traitement en groupe, et voit le concept de communauté thérapeutique comme la meilleure intervention pour les personnes à double diagnostic.

Portage a bénéficié d'un don d'une fondation privée pour mettre sur pied le projet-pilote. Actuellement, il en coûte 720 \$ par mois pour faire partie du programme (non-subsventionné), ce qui couvre les dépenses minimales. Le fonds de départ étant cependant épuisé, on manque présentement de fonds pour poursuivre le programme (et idéalement permettre son expansion). Au moment de la rédaction, Portage était en attente d'une réponse à une demande de subvention. Parmi les développements envisagés, on compte principalement la création d'une maison indépendante, auto-gérée, pour les clients ayant complété le traitement interne. Des appartements supervisés favoriseraient la réinsertion graduelle à la communauté. Pour le moment, aucune ressource d'après-traitement n'est disponible. Un autre développement envisagé serait la création d'un groupe pour personnes à double diagnostic au centre de jour où se tiennent les groupes réguliers (à Montréal). M. Harvey voit aussi le besoin d'établir des liens avec les ressources communautaires.

Les intervenants, formés à New York sur l'intervention avec les cas de doubles diagnostics, ont tous une dizaine d'années d'expérience. Le programme est réévalué tous les deux mois, mais il est encore tôt pour connaître l'efficacité du programme à long terme. Les résultats actuels sont cependant encourageants. Portage a activement établi des alliances avec les hôpitaux St-Luc, Hôpital Général de Montréal, Royal Victoria, Fleury et Louis H. Lafontaine. Ces hôpitaux réfèrent des patients avec des doubles diagnostics et assurent leur suivi psychiatrique.

La liste d'attente est de six à huit mois, vu le nombre limité de places. Pour offrir un service à ces personnes en attendant leur admission, une rencontre de groupe a lieu deux fois par semaine. Les lieux physiques seraient disponibles pour accueillir davantage de clients, mais les ressources financières ne le permettent pas.

M. Harvey recommande principalement l'octroi de fonds pour la création de centres de

traitements externes pour les patients ne pouvant accéder au traitement résidentiel. Il souligne que tout reste encore à faire pour le traitement des personnes à double diagnostic, les ressources actuelles étant largement insuffisantes.

3.2.5 La Clinique du Nouveau Départ Inc.

La Clinique du Nouveau Départ est un centre privé spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, toxicomanies et autres dépendances (affective, sexuelle), avec un concept généralisé de la dépendance, non limité aux substances psychoactives. Le centre offre une approche médicale intégrée pour chaque phase du traitement (diagnostic, intervention, suivi). L'aspect médical comprend l'évaluation multiaxiale, permettant de cerner les personnes à double diagnostic; la désintoxication, en milieu interne (à la clinique), ambulatoire ou hospitalier (interne) lorsque nécessaire (affiliation avec l'unité de désintoxication du centre hospitalier de Saint-Laurent); la pharmacologie; ainsi que des séances d'acupuncture et de massothérapie, afin d'offrir des alternatives de gestion du stress (autres que les substances psychoactives). Au niveau thérapeutique, plusieurs plans de traitement sont possibles selon les besoins du patient. Une thérapie interne peut être disponible pour une période de une à sept semaines (18 lits). Un traitement ambulatoire structuré peut aussi être recommandé, comprenant un minimum de trois heures de thérapie de groupe par jour sur une période de 7 semaines. L'approche thérapeutique inclut diverses formes de thérapie (cognitive, d'identification, analyse transactionnelle, jeux de rôle, etc.) et ateliers portant entre autres sur la gestion du stress, les émotions, et la prévention de la rechute. Pour les cas exigeant un encadrement complémentaire, la clinique effectue une prise en charge quotidienne de huit heures. Le plan de traitement comprend également des entrevues individuelles et les douze étapes d'Alcooliques Anonymes.

À ce programme intensif succède une période de suivi de 16 semaines, avec une thérapie de groupe hebdomadaire et, si nécessaire, des rencontres individuelles ou médicales. Un suivi psychologique ou psychiatrique interne a lieu lorsqu'indiqué, et le programme offre une thérapie familiale - sept rencontres de trois heures - pour les conjoints, enfants ou autres personnes significatives. L'objectif du traitement est l'abstinence, et le programme jumelle

l'approche bio-psycho-sociale à l'approche AA, suivant un modèle "toxicomanie-maladie". Dans les cas de doubles diagnostics, les deux troubles sont vus comme deux maladies à traiter conjointement.

L'arrivée au sein de l'équipe du D^r Jean-Yves Roy, psychiatre, a favorisé le développement d'un traitement intégré pour clients à double diagnostic à la clinique. En fait, il s'agit peut-être, selon le D^r Roy, de la seule tentative sérieuse de traitement intégré pour les personnes à double diagnostic au Québec. Parmi la clientèle de la clinique, de 30 à 40 % des toxicomanes présentent un problème de comorbidité, ce qui rejoint les taux relevés dans la littérature. Le programme compte présentement huit ou neuf personnes avec des troubles sévères (principalement la schizophrénie). Le D^r Roy spécifie cependant que sa clientèle est relativement moins lourde que celle qu'il voit à l'urgence de Louis H. Lafontaine. En effet, une partie des patients ayant accès aux services de Nouveau Départ sont des gens assez bien nantis, ou détenant des emplois qui offrent de bons programmes d'aide aux employés pour couvrir les frais impliqués dans le traitement privé. Il s'agit donc en général d'une clientèle moins défavorisée que celle du secteur public.

L'établissement d'un double diagnostic est différé de trois mois pour s'assurer qu'il n'y ait pas de confusion des symptômes, et les cliniciens qui font les évaluations sont familiarisés avec les symptômes d'intoxication et de sevrage. Le programme pour clients à double diagnostic vise l'engagement à des rencontres AA, NA ou CA régulières et l'établissement d'un programme de vie, et inclut une thérapie de groupe trois fois par semaine faite sur mesure pour les besoins spécifiques de ces clients. Le suivi peut s'étendre jusqu'à deux ans, ou plus pour les cas de rechute et de retour en traitement intensif.

Tout en reconnaissant les nombreuses limites que peut avoir le traitement AA pour les gens à double diagnostic, le D^r Roy considère qu'il s'agit d'un bon outil de traitement, accessible et très aidant pour beaucoup de patients. Il n'est pas en faveur du développement de groupes pour personnes à double diagnostic uniquement, mais est conscient du fait qu'un tel patient puisse souffrir d'un manque de sentiment d'appartenance dans un groupe de

personnes fonctionnelles, et qu'il puisse être difficile pour des patients schizophrènes de tolérer la socialisation impliquée dans ces groupes. Un groupe uniquement pour personnes à double diagnostic ne serait pas nécessairement plus adéquat, cependant. Le D^r Roy préfère l'approche de Hazeldon (États-Unis) qui offre des groupes préparatoires aux rencontres AA pour ces patients.

Inspiré principalement du programme de Hazeldon et du mouvement AA, le programme « double diagnostic » du Nouveau Départ demeure un concept original créé pour les besoins spécifiques de la clientèle. Malgré l'absence d'une évaluation formelle, le programme obtient, après environ un an et demi d'existence, un taux de rétention et un niveau de succès intéressants. Le D^r Roy souligne cependant le milieu assez privilégié de la clientèle, qui peut souvent compter sur un réseau social de qualité, ce qui peut contribuer en partie au succès thérapeutique. Les résultats du programme sont donc encourageants.

Le personnel principal compte une équipe médicale complète ainsi que deux psychiatres, deux psychologues et quatre thérapeutes. Le D^r Roy ainsi que le D^r Jean-Pierre Chiasson, directeur médical de la clinique, donnent la formation spécifique aux doubles diagnostics au personnel, ainsi que plusieurs sessions de formation des intervenants partout dans la province. Eux-mêmes se tiennent constamment à jour dans le domaine par le biais des différents congrès, colloques et associations. Cela permet aussi, selon le D^r Roy, d'éviter l'isolement professionnel des psychiatres travaillant dans le domaine de la toxicomanie. Le D^r Roy maintient un réseau d'échange avec divers professionnels et ressources au Canada, en France et aux États-Unis. Nouveau Départ a une alliance non-officielle avec l'hôpital Notre-Dame, du même secteur.

Les développements envisagés pour le programme seraient, si des subventions étaient disponibles, d'augmenter le nombre de lits et le personnel afin d'offrir davantage de services. Le nombre de services offerts au Québec pour les personnes à double diagnostic est ridiculement disproportionné par rapport à la demande selon le D^r Roy, et ne répond nullement à l'ampleur du besoin. D'autres projets incluent des activités de recherche et de développement sur les dépendances graves de toute forme, domaine dans lequel les connaissances font encore grandement défaut.

Le D^r Roy recommande, à la base, de reconnaître l'existence des patients à double diagnostic dans le système de santé. Ces patients sont mal dépistés et évalués, et il y a un manque important de connaissances à ce niveau. D'un autre côté, même en arrivant à bien les dépister, les professionnels ignorent vers quelles ressources les diriger, ce qui pose un deuxième problème. Le D^r Roy déplore que trop souvent, dans le traitement d'un des deux troubles, on oublie l'autre, d'où l'importance d'un traitement intégré. Il est cependant impossible de s'occuper adéquatement de ces personnes s'il n'y a pas de ressources qui y sont affectées.

3.3 Un programme en centre communautaire : le Centre Bienvenue²

M^{me} Patricia Snow, travailleuse sociale (présentement membre de l'équipe santé mentale au CLSC Métro), a beaucoup étudié le problème des personnes avec un double désordre. Suite à son expérience en traitement de groupe portant sur des problématiques variées, et à une recension de la littérature sur les traitements existants pour les patients à double diagnostic, elle a mis sur pied, en 1991, un groupe pour les personnes à double diagnostic subventionné par le Centre communautaire Bienvenue (centre communautaire de l'ouest de l'île de Montréal). M^{me} Snow relate qu'à cette époque (selon un sondage fait en janvier 1992), le dilemme d'une personne dont le problème est un double désordre, n'était pas reconnu du réseau de la psychiatrie, et du réseau traditionnel de réadaptation de type AA. Le programme était donc novateur, car aucune intervention n'existait ici pour ces patients. Il a été actif de 1991 à 1995.

Les membres du groupe étaient principalement des hommes présentant des symptômes positifs et négatifs de schizophrénie, ainsi que quelques cas de troubles bipolaires, avec un problème concomitant d'abus de substances. Ils avaient souvent des problèmes d'hébergement, puisqu'ils étaient renvoyés de leur résidence de groupe ou appartement supervisé en cas de toxicomanie et se retrouvaient sans ressources. Le Centre Bienvenue a établie une entente avec certaines maisons d'hébergement qui acceptaient de garder les résidents toxicomanes s'ils s'inscrivaient au programme. La personne devait maintenir une stabilité résidentielle pour suivre le programme.

Le programme se déroulait dans les locaux du Centre de jour Omega et accueillait de huit à douze personnes par rencontre, avec un maximum de vingt participants. Les rencontres de groupe, d'une durée d'une heure trente, avaient lieu deux fois par semaine au départ, puis une fois par semaine après quatre mois de traitement. Les objectifs étaient l'abstinence et la réduction des hospitalisations et de l'utilisation de l'urgence comme première ligne de soin médical. L'intervention visait également à rendre les individus moins dépendants du système

2 En cours de rédaction du présent rapport, nous avons appris que l'Organisme communautaire Le Havre (Trois-Rivières) offrait des séances de groupe pour personnes avec doubles diagnostics, en collaboration avec le centre public Domrémy Trois-Rivières.

de bien-être social, et de les amener à vivre de façon plus fonctionnelle, avec un logement, un emploi ou la poursuite de leur scolarité.

Le programme consistait en un traitement de type AA modifié pour les personnes à double diagnostic et une adaptation des douze étapes traditionnelles. Au début, les participants étaient référés directement au groupe. En 1993, on a commencé à utiliser un outil développé par le personnel du Centre Bienvenue pour la première étape d'inscription. Dans les premières rencontres, on aidait la personne à accepter graduellement le fait que son utilisation d'une substance était un problème pour elle. Cet outil et les rencontres individuelles étaient utilisés pour faire l'évaluation de la personne selon le modèle bio-psycho-social de la maladie mentale et l'approche plus spirituelle de la réadaptation. Ensuite, l'individu était invité à envisager la possibilité de devenir membre du groupe d'entraide, suite à quoi il était référé au groupe.

L'intervention consistait principalement à normaliser les participants, à leur faire comprendre qu'ils étaient des personnes comme les autres, mais avec un trouble particulier à gérer (plutôt que de les étiqueter comme "schizophrènes"). La psychoéducation était également utilisée comme outil pour l'intervention sur la toxicomanie. L'abstinence était vue de façon plus flexible que dans l'approche AA traditionnelle, et requérait beaucoup plus de temps avant d'être atteinte. Graduellement, les participants en venaient à arrêter toute consommation, allant même jusqu'à la réduction de la nicotine, caféine et autres substances potentiellement nocives. Chaque semaine, des décisions, même minimales, étaient prises par chacun des membres. Ces choix aidaient les individus à renforcer leur "muscle" de volonté. Graduellement, ils pouvaient faire des choix plus difficiles. Le groupe exerçait une pression pour que ses membres tiennent leur parole et gardent les promesses faites au groupe.

Plus spécifiquement, l'intervention se basait sur le principe d'appropriation du pouvoir (*empowerment*), et sur l'utilisation des ressources et pouvoirs internes de l'individu et du groupe. La restructuration cognitive était un outil très utilisé. L'entraide qui se développait dans le groupe devenait une force très efficace pour les participants. L'humour occupait aussi une place importante dans l'animation du groupe. Les principaux problèmes rapportés dans les discussions étaient l'isolement, le manque d'estime de soi, de confiance en soi et

d'affirmation de soi.

La durée du traitement était flexible, et certains membres y sont demeurés plusieurs années, devenant par ailleurs graduellement moins dépendants de l'animatrice. M^{me} Snow a également constaté la difficulté pour les nouveaux participants d'intégrer le groupe d'habités, et la nécessité d'éventuellement former deux groupes. Les patients ont été encouragés à s'engager dans des groupes AA traditionnels, mais au moins la moitié d'entre eux ne pouvaient bénéficier d'un tel groupe, surtout dans les cas de schizophrénie paranoïde. Suite aux coupures budgétaires subies par le Centre Bienvenue, le groupe a pris fin en 1995, malgré une demande croissante chez la clientèle. Au début, les participants venaient de l'ouest de Montréal, puis, après un an de Kahnawake, du nord, du centre et de l'est de Montréal.

M^{me} Snow rapporte un taux de succès élevé de son traitement de groupe. À part deux ou trois individus qui ont quitté le traitement à la phase d'engagement, tous les patients qui ont suivi le traitement jusqu'au bout ont connu une amélioration de leur état. Les hospitalisations ont pratiquement été éliminées, et de nombreuses personnes ont atteint l'abstinence. Ces personnes sont encore suivies à ce jour, et l'évaluation démontre un maintien des acquis six mois après la fin du traitement. M^{me} Snow estime qu'un tel traitement sauve des coûts sociaux importants, au niveau de la prévention, et que l'investissement requis est minimal, comparativement aux bénéfices et à l'augmentation de la qualité de vie qui en résultent.

M^{me} Snow reconnaît que son travail avec cette population aurait été impossible sans le soutien des organismes impliqués dans la continuité de soins sur le territoire de l'ouest de l'île de Montréal (Centre Oméga, Perspectives Communautaires, Centre de crise, Ensemble, Hôpital général du Lakeshore, CLSC Lac Saint-Louis, CLSC Pierrefonds, Amis de la santé mentale). Elle recommande plus de ressources d'hébergement et relève le besoin, exprimé par les participants, de traiter la personne et non seulement la maladie, ou d'humaniser le traitement. Elle suggère aussi la possibilité, au niveau de la formation des intervenants, d'enseigner les valeurs d'appropriation du pouvoir, d'inciter les intervenants à utiliser les ressources de la personne, dans un esprit de partenariat, plutôt que la prendre en charge.

3.4 Bilan de la situation au Québec

De façon générale, 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. Les deux principaux programmes intégrés résidentiels sont rattachés à des centres privés de réadaptation, soit la Clinique du Nouveau Départ et le Centre de réadaptation Portage. Le programme « Toxicomanie-Santé » mentale de Domrémy-Montréal s'adresse aussi aux problèmes de comorbidité, mais seulement de 7 à 8 % de l'ensemble de sa clientèle présente des problèmes sévères de santé mentale.

Dans le réseau de la santé mentale, les activités de groupe et les thérapies individuelles représentent les interventions les plus courantes. Les autres activités offertes sont l'aide au logement, la gestion financière, la prévention du SIDA, l'intervention auprès de la famille, les références, les collaborations avec d'autres services et intervenants (psychiatres et travailleurs sociaux).

Les personnes interrogées ont fait état de plusieurs propositions de développement et recommandations. Pour donner un aperçu de l'importance relative des thèmes abordés, et à titre indicatif uniquement, le nombre de mentions pour chaque proposition est rapporté entre parenthèses.

Le thème le plus général est celui du développement de services spécialisés pour cette clientèle, en termes du nombre de services, d'activités ou de capacité d'accueil (7 mentions) et du soutien à la recherche, épidémiologique principalement (5 m.). D'autres recommandations concernent la sensibilisation et la formation des intervenants (6 m.), l'évaluation et le dépistage (4 m.) et l'implantation d'activités spécifiques : groupe spécialisé (2 m.), thérapie cognitive (1 m.), entrevues individuelles de soutien (1 m.), prévention (1 m.) et défense des droits (1 m.). On recommande aussi diverses formes de suivi dans le milieu, après le traitement intensif : gestion de cas (1 m.), *clubhouse* (1 m.), programmes de suivi communautaire (2 m.). Les personnes rencontrées soulignent le besoin de ressources résidentielles structurées (6 m., dont une pour une maison de transition et une autre pour des appartements supervisés). Un ensemble de recommandations concernent la collaboration, avec les psychiatres (4 m.), les

autres services (1 m.) et les ressources communautaires (1 m.), de même que la nécessité d'une meilleure coordination avec l'intervention policière (1 m.), avec les départements de psychiatrie (2 m.) et au niveau de la Régie régionale (1 m.).

Conclusions

La consultation de la littérature spécialisée aussi bien que les entrevues avec des experts du milieu permettent de dégager certaines conclusions passablement robustes quant à la prévalence et au traitement des problèmes de toxicomanie chez les personnes avec un diagnostic concomitant de trouble sévère de santé mentale.

Le premier point à souligner est celui de la concordance entre les données épidémiologiques

américaines, les données québécoises de clientèle et les impressions des cliniciens. Sur cette base, on peut considérer qu'entre le tiers et la moitié des personnes ayant un diagnostic de troubles sévères de santé mentale ont un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (prévalence à vie). Au Québec, ces personnes se retrouveraient très majoritairement dans le réseau des services de santé mentale.

En ce qui concerne le traitement, on peut dégager trois principes généraux, confirmés par l'expérience québécoise. Le premier a trait à la supériorité d'une approche simultanée et intégrée des deux conditions (psychiatriques et d'abus ou de dépendance de substances), par rapport à une approche séquentielle ou parallèle. Le second relève de l'importance d'une évaluation précoce de l'usage des substances psychotropes, étant donné les répercussions cliniques de la surconsommation sur le cours et l'issue des troubles psychiatriques. Le troisième enfin concerne l'efficacité et l'efficience d'une intervention spécifique ; si minimale soit-elle, cette intervention permettrait de prévenir le recours inadéquat et sans effet à d'autres services.

Un thème autour duquel le consensus est moins évident est celui du rôle de l'approche AA dans la réadaptation. Pour certains, l'approche AA est inadéquate pour les personnes avec un double diagnostic, alors que d'autres considèrent qu'elle leur convient. Dans certains cas, on a recours à des groupes AA spécifiques, on apporte des modifications à l'approche de base

ou l'on préconise une intervention préparatoire ou parallèle à la participation à un groupe AA.

Un autre point sur lequel il n'est pas possible de proposer une conclusion générale est celui du traitement de choix. Si on observe une convergence des données à propos des principes énoncés plus haut, on ne peut pas par ailleurs identifier un programme de traitement ou une forme d'intervention nettement supérieure aux autres. Les interventions les moins coûteuses aussi bien que les programmes les plus complexes présentent tous leurs avantages et leurs limites. Cette observation est importante, puisqu'elle témoigne de l'existence d'une gamme de possibilités pour le développement des ressources.

Cette question du développement des ressources est sans aucun doute le point central de cette étude, étant donné l'écart constaté entre l'étendue des besoins et l'offre de services. Les données épidémiologiques confirmées par l'expérience des cliniciens donnent à penser qu'au moins le tiers des personnes avec un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire devraient bénéficier d'une intervention dans le domaine de la toxicomanie. Face à cette demande, on n'a pu identifier que quelques programmes spécialisés ou interventions spécifiquement dédiés à cette clientèle. Cette enquête n'est pas exhaustive et il existe sûrement d'autres initiatives que celles rapportées ici. On ne peut non plus avancer que les personnes avec un double diagnostic ne reçoivent pas de traitement. Néanmoins, en dépit de l'importance du phénomène, l'écart reste considérable entre la demande et l'offre de services et cet écart se répercute à tous les niveaux, depuis la sensibilisation et la formation des intervenants, jusqu'à l'inclusion de ce type de services dans les opérations de planification.

Il apparaît aussi évident que cette situation est en train de changer rapidement, ne serait-ce qu'en vertu de la pression exercée sur le système de soins par cette clientèle. Les services psychiatriques aussi bien que les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie éprouvent un malaise grandissant devant l'inefficacité de leurs interventions, l'impossibilité de répondre à la demande et les possibilités limitées de développement dans le contexte actuel. Dans ces conditions, il apparaît essentiel de tabler sur les connaissances et les ressources déjà existantes, avec l'objectif de maximiser le plus possible les efforts consentis pour le traitement

des personnes avec un double diagnostic. Dans le développement de services, il s'agit de s'appuyer sur des interventions d'appoint aussi bien que sur des programmes spécialisés complexes, en fonction du volume de la demande et des ressources disponibles. Les recommandations qui suivent sont proposées dans cette perspective.

Recommandations

À partir du moment où une équipe d'intervenants, une unité de soins, un centre de réadaptation, un département hospitalier, un centre hospitalier spécialisé ou une instance administrative reconnaît l'importance d'une approche spécifique pour les personnes présentant une double problématique de trouble sévère de santé mentale et d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, les recommandations suivantes pourraient être appliquées :

- 1 Sensibiliser le personnel des services de santé mentale à la nécessité de dépister et d'évaluer adéquatement les problèmes de surconsommation d'alcool et de drogues. Malgré le sentiment généralisé de l'existence de ces problèmes parmi leur clientèle, les intervenants examinent peu ces questions et ce, pour plusieurs raisons : ils ne les considèrent pas du domaine de leur responsabilité clinique; ils se sentent peu compétents pour traiter de ces questions; ils n'en voient pas l'utilité, en l'absence de possibilités d'interventions qui tiendraient compte de cette comorbidité. Aussi, cette recommandation ne fait-elle du sens que dans la mesure où l'on prendra aussi en considération celles qui suivent.**

- 2. Former les intervenants des réseaux de la toxicomanie et de la santé mentale aux aspects de base de la comorbidité dont les effets croisés de la médication, de l'alcool, et des drogues, le rôle de la toxicomanie sur l'émergence, le cours et l'issue des troubles mentaux graves, la prévention de la rechute.**

- 3. En relation avec la sensibilisation, le dépistage et la formation, développer des interventions spécifiques basées sur la littérature et les connaissances cliniques actuelles. Des options relativement peu coûteuses existent (groupe spécialisé, par exemple) et sont amplement documentées dans la littérature. Ces options pourraient être développées par une réallocation des ressources, une réorientation d'une activité déjà existante ou une action commune entre deux services ou deux équipes.**

4. Développer et soutenir des programmes spécialisés de traitement intégré, là où le volume de la demande justifie de tels programmes. Il est important de considérer ici que la clientèle visée représente déjà une clientèle très lourde pour les services et qu'un programme spécialisé intégré est plus efficace que les modalités actuelles de passage d'un réseau à l'autre (de la psychiatrie à la réadaptation ou l'inverse) ou de non traitement d'une dimension de la problématique (généralement l'alcoolisme et la toxicomanie).
5. Organiser un système de prise en charge efficace de ces patients, depuis le dépistage jusqu'au suivi dans le milieu, et mieux coordonner les services. Il est reconnu que les personnes avec un double diagnostic présentent des risques élevés de rechute, de crise, et d'expulsion ou d'exclusion des ressources d'hébergement. Il faut donc permettre une prise en charge rapide suite au dépistage et pouvoir les assurer d'un suivi plus intensif. Les équipes de suivi intensif dans le milieu sont particulièrement efficaces avec cette clientèle et s'avèrent moins coûteuses que le recours à l'urgence et à l'hospitalisation. Là encore, si le volume de la clientèle ou les ressources ne permettent pas la mise sur pied d'un dispositif complet de suivi dans le milieu, il importe de se rappeler qu'une intervention de groupe, minimale, mais continue (une rencontre par semaine) représente déjà une contribution non négligeable. Des interventions auprès des proches et le soutien au logement favorisent aussi la stabilisation des deux conditions et la prévention des crises.
6. Inclure dans les interventions auprès des personnes avec un diagnostic sévère de trouble de santé mentale, des éléments de prévention primaire de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Au-delà de la prévention de la crise et de la rechute, la prévention primaire s'avère aussi essentielle auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Leurs conditions de vie (ennui, isolement), leur situation sociale (déclassification, marginalisation) et leur état psychologique (recours à l'automédication, effets des symptômes psychiatriques, de la médication et de ses effets secondaires) les rendent particulièrement vulnérables au développement d'une dépendance aux substances psychotropes. En ce domaine, il ne semble pas exister beaucoup de modèles d'intervention spécifiques, alors que ces questions devraient faire partie intégrante des programmes de réadaptation et de réinsertion

psychosociale.

7. Favoriser par tous les moyens possibles les échanges d'expertise et la mise à profit de l'expérience acquise. Cette enquête a permis de constater la richesse et la qualité des interventions en cours et la volonté d'améliorer constamment le niveau des connaissances. Cet état de situation est nécessairement très partiel, puisque depuis la fin de la collecte des données, nous avons entendu parler d'autres initiatives, au plan de la formation, de l'intervention ou de l'action concertée. Il faut absolument fournir à toutes les personnes et organismes engagés dans des initiatives liées à cette problématique l'occasion de se rencontrer, de partager leurs expériences et de développer un réseau d'échanges, par la voie d'un colloque provincial, ou de rencontres régionales, par exemple. La littérature spécialisée compte nombre d'indications cliniques, et certains articles devraient faire l'objet d'une large diffusion. À ce titre, ce rapport fournit une présentation abrégée de quelques références de base. On peut enfin consulter un site WEB sur les doubles diagnostics à l'adresse suivante: <http://pobox.com/~dualdiagnosis> (voir annexe 3 pour plus de détails).

8. Envisager le développement des services dans une perspective intersectorielle, de façon à pouvoir tenir compte des autres problématiques souvent reliées aux doubles diagnostics, dont la judiciarisation, l'itinérance et la vulnérabilité aux problèmes de santé chronique, aux maladies infectieuses et aux traumatismes (accidents et assauts). Il faut reconnaître que ce travail demeure partiel, dans la mesure où il n'a pas pris en compte la question des problématiques multiples. Des données épidémiologiques, des modèles d'intervention et des expériences québécoises existent sur cette question et devraient être intégrées pour une approche globale de la comorbidité toxicomanie et problèmes psychiatriques sévères et des autres problèmes associés. Un exemple, non documenté dans le cadre de ce travail, d'une telle action concertée intersectorielle, est celle du Plan d'organisation des services pour la jeunesse de la Régie régionale Laurentides lequel regroupe les secteurs de l'adaptation sociale, de la toxicomanie et de la santé mentale.

Références

- Association québécoise de réadaptation psychosociale (1995) Le suivi intensif dans le milieu des personnes itinérantes et atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. Collection : Créer des liens avec la communauté, 1. Québec : Auteurs. Version originale anglaise, voir Engstrom et al., 1990.
- Bartels, S.J., et Thomas, W.N. (1991) Lessons from a pilot residential treatment program for people with dual diagnoses of severe mental illness and substance use disorder. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15, 2: 18-30.
- Bond, G.R., McDonel, E.C., Miller, L.D., et Pensec, M. (1991) Assertive community treatment and reference groups: An evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15, 2: 30-43.
- Caldwell, S., et Kartell White, K. (1991) Co-creating a self-help recovery movement. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15, 2: 91-95.
- Carey, K.B. (1996) Treatment of co-occurring substance abuse and major mental illness. New Directions for Mental Health Services, 70: 19-32.
- Chiauzzi, E. (1994) Brief inpatient treatment of dual diagnosis patients. New Directions for Mental Health Services, 63: 47-57.
- Clark, R.E. (1996) Family support for persons with dual disorders. New Directions for Mental Health Services, 70: 65-78.
- Cuffel, B.J. (1996) Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course. New Directions for Mental Health Services, 70: 93-106.
- Daley, D.C., Salloum, I., et Jones-Barlock, A. (1991) Integrating a dual-disorders program in an acute-care psychiatric hospital. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15, 2: 45-56.
- Dincin, J. (1995) Core programs in the Thresholds approach. New Directions for Mental Health Services, 68: 33-54.
- Dincin, J., et Bowman, D. (1995) Roots, fundamental ideas and principles. New Directions for Mental Health Services, 68: 3-10.
- Dincin, J., Zeitz, M.A., Farrell, D., Harrington, L., Green, W., Pavick, D., Rucks, C., et Illing,

- P. (1995) Special programs for special groups. New Directions for Mental Health Services, 68: 55-74.
- Drake, R.E., et Mueser, K.T. (Eds.) (1996) Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse. Volume 2: Recent research and clinical implications. (New Directions for Mental Health Services). San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 70: 115 p.
- Drake, R.E., et Noordsy, D.L. (1994) Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. Psychiatric Annals, 24, 8: 427-431.
- Drake, R.E., Alterman, A.I., et Rosenberg, S.R. (1993) Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients. Community Mental Health Journal, 29: 175-192.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., et Noordsy, D.L. (1993) A pilot study of outpatient treatment of alcoholism in schizophrenia: Four-year outcomes. American Journal of Psychiatry, 150: 328-329.
- Drake, R.E., Rosenberg, S.D., et Mueser, K.T. (1996) Assessing substance use disorder in persons with severe mental illness. New Directions for Mental Health Services, 70: 3-18.
- Drake, R.E., McLaughlin, P., Pepper, B., et Minkoff, K. (1991) Dual diagnosis of major mental illness and substance use disorder: An overview. New Directions for Mental Health Services, 50: 3-12.
- Drake, R.E., Antosca, L.M., Noordsy, D.L., Bartels, S.J., et Osher, F.C. (1991) New Hampshire's specialized services for people dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder. New Directions for Mental Health Services, 50: 57-67.
- Drake, R.E., Bartels, S.J., Teague, G.B., Noordsy, D.L. et Clark, R.E. (1993) Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 181, 606-611.
- Engstrom, K., Brooks, E.R., Jonikas, J., J., C., et Whiteridge, T.F. (1990) Creating community linkages: A guide to assertive outreach for homeless persons with severe mental illness. Chigaco: Thresholds Inc.
- Galanter, M., Egelko, S., Edwards, H., et Vergaray, M. (1994) A treatment system for combined psychiatric and addictive illness. Addiction, 89: 1227-1235.
- Greenfield, S.F., Weiss, R.D., et Tohen, M. (1995) Substance abuse and the chronically mentally ill: A description of dual diagnosis treatment services in a psychiatric hospital.

Community Mental Health Journal, **31**, 3: 265-277.

Hanson, M., Kramer, T.H., et Gross, W. (1990) Outpatient treatment of adults with coexisting substance use and mental disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, **7**: 109-116.

Hellerstein, D.J., et Meehan, B. (1987) Outpatient group therapy for schizophrenic substance abusers. American Journal of Psychiatry, **144**: 1337-1339.

Hellerstein, D.J., Rosenthal, R.N., et Miner, C.R. (1995) A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients. American Journal on Addictions, **4**: 33-42.

Inderlin, B.J., et Cohan Belisle, K. (1991) From dualism to integration: The consolidation of services for persons with dual diagnoses. Psychosocial Rehabilitation Journal, **15**, 2: 98-103.

Jerrell, J.M. (1996) Cost-effective treatment for persons with dual disorders. New Directions for Mental Health Services, **70**: 79-92.

Jerrell, J.M., et Ridgely, M.S. (1995a) Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, **183**, 9: 566-576.

Jerrell, J.M., et Ridgely, M.S. (1995b) Evaluating changes in symptoms and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment. Psychiatric Services, **46**, 3: 233-238.

Kofoed, L. (1993) Outpatient vs. inpatient treatment for the chronically mentally ill with substance use disorders. Journal of Addictive Diseases, **12**, 3: 123-137.

Kofoed, L., Kania, J., Walsh, T., Atkinson, R. (1986) Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. American Journal of Psychiatry, **143**: 867-872.

Kosten, T. R., et Klever, H. D. (1988). Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers. Journal of Substance Abuse Treatment. **5**, 4: 201-206.

Lehman, A., et Dixon, L. (Eds.) (1995) Double jeopardy: Chronic mental illness and substance abuse. New-York: Harwood Academic Publishers.

McGrew, J.H., Bond, G.R., Dietzen, L., et Salyers, M. (1994) Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. Journal of Consulting and Clinical

- Psychology, 62, 4: 670-678.
- McLaughlin, P., et Pepper, B. (1991) Modifying the therapeutic community for the mentally ill substance abuser. New Directions for Mental Health Services, 50: 85-93.
- Minkoff, K. (1989) An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. Hospital and Community Psychiatry, 40, 10: 1031-1036.
- Minkoff, K. (1991) Program components of a comprehensive integrated care system for serious mentally ill patients with substance disorders. New Directions for Mental Health Services, 50: 13-27.
- Minkoff, K., et Drake, R.E. (1991) Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder. Editors' notes. New Directions for Mental Health Services, 50: 1-2.
- Mowbray, C.T., Solomon, M., Ribisl, K.M., et al. (1995) Treatment of mental illness and substance abuse in a public psychiatric hospital. Successful strategies and challenging problems. Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 2: 129-139.
- Mueser, K.T., et Noordsy, D.L. (1996) Group treatment for dually diagnosed clients. New Directions for Mental Health Services, 70: 33-52.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Clark, R.E., McHugo, G.J., Mercer-Fadden, C., et Ackerson, T.H. (1995) Toolkit for evaluating substance abuse in persons with severe mental illness. Cambridge, MA: The Evaluation Center at HSRI.
- Nikkel, R., et Coiner, R. (1991) Critical interventions and tasks in delivering dual-diagnosis services. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15, 2: 56-66.
- Osher, F.C., et Dixon, L.B. (1996) Housing for persons with co-occurring mental and addictive disorders. New Directions for Mental Health Services, 70: 53-64.
- Pepper, B., et Ryglewicz, H. (1984a) Treating the young adult chronic patient: An update. New Directions in Mental Health Services, 21: 5-15.
- Pepper, B., et Ryglewicz, H. (1984b) The young adult chronic patient and substance abuse. Tie-lines, 1
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et Goodwin, F.K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA, 264, 19: 2511-2518.
- Ridgely, S. (1991) Creating integrated programs for severely mentally ill persons with

- substance disorders. New Directions for Mental Health Services, **50**: 29-41.
- Rosenthal, R.N., Hellerstein, D.J., et Miner, C.R. (1992) A model of integrated services for outpatient treatment of patients with comorbid schizophrenia and addictive disorders. American Journal on Addictions, **1**: 339-348.
- Ryglewicz, H. (1991) Psychoeducation for clients and families: A way in, out, and through in working with people with dual disorders. Psychosocial Rehabilitation Journal, **15**, 2: 78-89.
- Sciacca, K. (1991) An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders. New Directions for Mental Health Services, **50**: 69-84.
- Stein, L.I., et Test, M.A. (1980) Alternative to mental hospital treatment: 1. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiat, **37**: 392-397.
- Warner, R., Taylor, D., Wright, J. (1994) Substance use among the mentally ill: Prevalence, reasons for use, and effects on illness. American Journal of Orthopsychiatry, **64**: 30-39.
- Woods, J.D. (1991) Incorporating services for chemical dependency problems into Clubhouse Model programs: A description of two programs. Psychosocial Rehabilitation Journal, **15**, 2: 107-111.

Annexe 1

Liste des personnes interviewées

- M^{me} Ginette Aubin, Clinique externe, Unité de psychiatrie, Hôpital St-Luc**
- D^f Suzanne Brissette, Unité de santé, prévention et toxicomanie, Hôpital Saint-Luc**
- M^{me} Donna Cohen, Service des soins continus, Hôpital général de Montréal**
- M. Michel Germain, Services externes, Centre de réadaptation, Domrémy-Montréal**
- D^f Louise Guay, Unité de psychiatrie, Hôpital Saint-Luc**
- M. Sylvain Harvey, Centre de réadaptation Portage**
- D^f Pierre Lalonde, Clinique Jeunes adultes, Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine**
- D^f Michel Messier, Urgence et soins intensifs, Hôpital Douglas**
- M^{me} Christiane Morin, Clinique Jeunes adultes, Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine**
- D^f Francine Morin, Clinique externe, Unité de psychiatrie, Hôpital St-Luc**
- D^f Pierre Rouillard, Département de toxicomanie, Hôpital Saint-François d'Assise**
- D^f Jean-Yves Roy, Clinique du Nouveau Départ Inc.**
- M^{me} Patricia Snow, Centre Bienvenue et équipe Santé mentale, CLSC Métro**
- D^f Raymond Tempier, Service des soins continus, Hôpital général de Montréal**

Annexe 2

Schéma d'entrevue

A. État de la situation

Comment le problème de la comorbidité toxicomanie-troubles mentaux graves se présente-t-il dans votre pratique?

Quelle en est la PRÉVALENCE? Combien de cas dans votre *caseload* actuel?

Quelles sont les CARACTÉRISTIQUES de ces patients/de cette clientèle?

D'où arrivent-ils?

- a) **Historique de cheminement typique de recherche de soins : par où ils sont passés avant d'arriver dans le service? Par qui sont-ils référés?**
- b) **Où vont-ils?**
 - Caractéristiques de ceux qui sont référés.**
 - Caractéristiques de ceux qui sont pris en charge.**

B. Intervention

Que faites-vous avec ce problème? Comment intervenez-vous auprès de cette population?

Qu'est-ce qui a été essayé? Qu'est-ce qui a marché ou pas? Qu'est-ce qu'on fait maintenant?

Collaborez-vous avec d'autres organismes, services?

Collaboration plus ou moins officialisée : - type d'entente

- processus

- mandats réciproques

Existe-t-il un «programme» spécifique?

C. Existence d'un PROGRAMME établi (le cas échéant)

STATUT du programme dans l'organisation (programme à part, intégré dans une unité, ...)

Quels sont les OBJECTIFS du programme, les SERVICES offerts, le PERSONNEL, les moyens de FINANCEMENT du projet.

Clientèle : combien de places? Y a-t-il une liste d'attente? Comment se fait la sélection? Quels sont les critères d'admission? Quelles sont les sources de référence des clients?

DESCRIPTION du déroulement : durée du programme (court ou long terme, intensif ou non, ...), interne ou externe, quelles sont les activités, les étapes de traitement, suivi, prévention de la rechute.

La PHILOSOPHIE de l'approche (abstinence, modèle *recovery*, ...)

Relations avec autres organismes : alliances, collaborations, quel type, ...

Faites-vous de la RECHERCHE? Existe-t-il une ÉVALUATION du programme? Quelles sont les conclusions? Taux de succès?

Quels sont les points forts et les points que vous souhaiteriez améliorer dans votre programme?

Quels développements aimeriez-vous faire au programme?

D. Cadre de référence

Dans vos interventions auprès de cette clientèle, est-ce que vous vous basez sur l'expérience clinique, sur des modèles déjà existants, sur la littérature spécialisée? Comment en êtes-vous venu à fonctionner de cette façon? Avez-vous apporté des modifications dans vos pratiques?

Quelles sont vos sources d'inspiration? (réseau d'échange, Québec/extérieur, personnes, documentation)

Y a-t-il une FORMATION pour les intervenants avec les doubles problématiques?

E. Recommandations

`\\celine\rapport\rrdcelin.2`

Annexe 3

