

Pour une intervention efficace

Toxicomanie,
jeu pathologique
et troubles mentaux



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES
ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES

Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux

**pour une intervention efficace des
centres de réadaptation et de leurs partenaires**

Auteurs

Candide Beaumont

FQCRPAT

Rachel Charbonneau

Centre Dollard-Cormier

Jean Delisle

Centre Jean-Patrice Chiasson/
Maison St-Georges

André Landry

FQCRPAT

Jean-Marc Ménard

Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Dominique Paquette

Centre de réadaptation
Ubald-Villeneuve

David F. Ross, président du comité

Pavillon Foster

Table des matières

■ Contributions	5
■ Introduction	7
■ Mission, clientèle et services	9
■ Concomitance des problèmes de dépendance et des troubles mentaux	11
• La notion de « troubles concomitants »	11
• La prévalence des problèmes de dépendance, des troubles mentaux et de leur concomitance	12
• Les troubles concomitants : la norme ou l'exception?	15
■ Les meilleures pratiques	17
• En matière de dépistage	17
• En matière d'évaluation	18
• En matière d'intégration des services	18
• En matière de traitement	20
• En matière d'évaluation du résultat du traitement	21
■ L'organisation des services en matière de troubles concomitants au sein des centres de réadaptation membres de la FQCRPAT	23
■ Les recommandations du comité	25
• Les principes directeurs	25
• Recommandations visant l'organisation et la gestion des services	26
• Recommandations visant l'intervention clinique	27
• Recommandations visant la recherche	30
■ Conclusion	31
■ Annexe 1 – Diagnostics des clientèles connaissant des problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu	33
■ Annexe 2 – Entente formelle entre le CRPAT Pavillon Foster et l'Hôpital Douglas	36
■ Annexe 3 – Informations sur la Clinique Cormier-Lafontaine	38
■ Références	39
■ Les centres membres de la FQCRPAT	45

Contributions

Les membres du comité permanent sur les troubles concomitants de la Table clinique de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), mandatés pour proposer des orientations sur les services à offrir aux personnes présentant des troubles mentaux concomitants à un problème de dépendance, déposent le résultat de leurs travaux. Les personnes qui ont participé à l'écriture de ce document sont :

Candide Beaumont, M.A., psychologue, conseillère clinique,
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques
et autres toxicomanes

Rachel Charbonneau, baccalauréat multidisciplinaire et D.E.S.S. en toxicomanie,
coordonnatrice clinico-administrative,
Centre Dollard-Cormier

Jean Delisle, B.A., chef de l'administration des programmes,
Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges

André Landry, B.A. service social, conseiller clinique,
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques
et autres toxicomanes

Jean-Marc Ménard, M.A., psychologue, coordonnateur des services professionnels,
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Dominique Paquette, psychologue, directrice générale,
Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve

David F. Ross, Ph. D., psychologue, président du comité, conseiller aux programmes,
Pavillon Foster

Autres contributions

Les membres du comité tiennent à remercier spécialement Mesdames Hélène Dolbec, du centre Le Virage, Renée Auger et Louise Montpetit, de la FQCRPAT, pour leur importante contribution aux travaux de secrétariat nécessités à l'une ou l'autre des phases de la rédaction du présent rapport.

Conception, mise en page et révision linguistique

Agence Médiapresse inc.

Présentation suggérée de la référence :

Comité permanent sur les troubles concomitants (2005). Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Montréal, 48 p.

Dépôt légal

ISBN : 2-921628-06-6

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Novembre 2005

Introduction

« Lors de récents *focus groups*, des patients ont décrit leur expérience dans les services de santé mentale du Québec. Lorsqu'ils ont choisi de révéler leur consommation abusive dans certains services de santé mentale, ils avaient été blâmés, sinon exclus, de ces services : il leur fallait retrouver une consommation non problématique avant de pouvoir recevoir des services. Lorsqu'ils avaient choisi de révéler l'intensité de leur détresse psychologique et de leurs symptômes cliniques dans certains services de toxicomanie, on leur a dit que seuls leur alcoolisme et leur toxicomanie étaient importants et que leur souffrance disparaîtrait avec l'abstinence. » (Alarie, 2001)¹

Ce commentaire troublant incite à la réflexion et commande des réajustements...

En 1993, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) formulait des recommandations² portant sur l'intervention auprès des personnes vivant une comorbidité « toxicomanie/trouble mental ». Demeurant d'actualité, ces recommandations ont favorisé quelques améliorations intéressantes aux services offerts à ces clientèles. Malheureusement, dans la plupart des régions, la gamme des services disponibles est restée peu développée, peu intégrée et peu adaptée aux besoins de la clientèle éprouvant à la fois des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Au cours des dernières années, plusieurs publications significatives sont venues enrichir les connaissances sur les troubles concomitants et sur l'organisation des services et des ressources à mettre en place pour mieux répondre aux besoins spécifiques de ces personnes. De plus, les centres de réadaptation ont entrepris en 2001 le traitement des personnes présentant des problèmes de jeu pathologique, élargissant ainsi leur expertise au niveau des problèmes de dépendance.

Dans le contexte actuel de déploiement des réseaux locaux de services et de définition des projets cliniques pour chacun des territoires du Québec, la FQCRPAT souhaite faire le point sur les connaissances nationales et internationales en matière de troubles concomitants et sur l'organisation actuelle

des services de ses membres en regard de cette clientèle spécifique. De là, elle vise à formuler des recommandations à ses membres et à leurs partenaires pour soutenir le développement et l'intégration harmonieuse d'un système de soins mieux adapté aux besoins de la population québécoise présentant des troubles concomitants.

Le comité permanent relevant de la Table clinique de la FQCRPAT a donc consacré ses efforts à :

- Faire le point sur les résultats de recherches et les rapports produits dans ce domaine au cours des dernières années.
- Connaître la prévalence de ces phénomènes chez la clientèle en traitement dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT).
- Faire un état de situation des services actuellement offerts dans les CRPAT, en lien avec ces problématiques.
- Formuler des recommandations afin de poursuivre l'amélioration et le développement des services à ces clientèles.

Le présent document est le résultat de ce travail pour lequel le comité a profité de plusieurs collaborations.

- Tous les centres ont répondu avec empressement et minutie à un sondage visant à mieux établir l'état de situation dans les CRPAT.
- À l'occasion d'une journée thématique, près de 60 intervenants des établissements membres

de la FQCRPAT ont proposé des adaptations et des compléments aux recommandations préliminaires du comité en matière de services et d'interventions auprès des personnes aux prises avec un trouble mental et un trouble lié à la consommation de substances.

- En fin de démarche, un *focus group* constitué de membres de la Table clinique et du comité sur les troubles concomitants de la FQCRPAT a apporté les derniers commentaires permettant de finaliser le document.

Le comité souhaite maintenant que ces travaux contribuent à soutenir la réalisation d'actions concrètes améliorant la prestation de services à ces populations cibles s'inscrivant dans la tradition de qualité souhaitée par la FQCRPAT.

Mission, clientèle et services

La FQCRPAT publiait en 2004 un document³ décrivant en détail la mission, les clientèles et les services offerts par les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Quelques rappels tirés de cet ouvrage permettent de mieux cerner leur rôle, leurs responsabilités et leurs actions auprès des populations affectées par des problèmes de dépendance combinés à des troubles mentaux.

« Les Centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) desservent avec souci et respect les personnes alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques du Québec. Ils leur offrent des services de réadaptation ainsi que des services de réinsertion sociale et de désintoxication en collaboration avec leurs partenaires.

Ils agissent comme chefs de file dans chaque région du Québec en ce qui concerne la structuration, le développement et le maintien des services aux personnes alcooliques, toxicomanes et joueurs pathologiques. Ils établissent des corridors de services avec leurs nombreux partenaires et les aident à développer des services spécifiques. Tout en jouant ce rôle de leader, les CRPAT posent différentes actions auprès des personnes concernées, dans la limite de leurs mandats et moyens, ainsi que dans le respect des missions de chacun.

En quête d'excellence, les CRPAT cherchent constamment à être à l'avant-garde, tant dans l'identification des traitements optimaux que dans leur mise sur pied. Ils sont vigilants à l'égard des nouvelles problématiques en émergence. En outre, une étroite collaboration avec des équipes de chercheurs et la présence de personnel de recherche au sein des centres contribuent à maintenir l'innovation, favorisent l'atteinte d'un haut niveau d'excellence et aident à entrevoir l'avenir. »⁴

Les CRPAT offrent dans chacune des régions du Québec des services spécialisés de deuxième ligne sur une base externe ou en hébergement : il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et professionnelle, de traitements de substitution, de services médicaux et de services de soutien à l'entourage. Ces services sont offerts en groupe, en couple ou de manière individuelle. Certains CRPAT ont développé des programmes spécifiques s'adressant aux personnes qui présentent des troubles mentaux concomitants à leur problème de dépendance ou des ententes formelles de collaboration avec leurs partenaires en santé mentale.

Concomitance des problèmes de dépendance et des troubles mentaux

La notion de « troubles concomitants »

Par opposition à une lecture trop souvent fragmentée des troubles, l'expression « troubles concomitants » reflète une vision globale tenant compte de l'interactivité des problèmes en cause. Dans le cadre de sa publication sur les *Meilleures pratiques*, Santé Canada a, en 2002, défini les troubles concomitants de la façon suivante : « ...les individus ayant des troubles concomitants représentent les personnes aux prises avec une combinaison de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques et de problèmes d'abus d'alcool et/ou de drogues psychoactives. Sur le plan technique, on fait référence ici à toute combinaison de troubles mentaux et de troubles liés aux substances, comme le définit le système de classification du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. »⁵

Étant donné les clientèles desservies par les CRPAT, le terme « troubles concomitants » pourra référer dans le présent document à toute combinaison de troubles liés à l'utilisation d'une substance ou à la pratique du jeu (voir critères diagnostiques à l'annexe 1), et de troubles mentaux tels que définis par l'Association psychiatrique américaine dans le **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV-TR)**⁶. D'autres systèmes de classification peuvent enrichir l'évaluation et le traitement des troubles concomitants, mais celui que propose le DSM IV-TR a été retenu. Il est l'un des plus employés tant pour la recherche que pour le traitement. Il fournit les paramètres nécessaires pour préciser un diagnostic et donne la possibilité de planifier un traitement tenant compte des cinq axes évalués, soit :

- Axe I : Troubles cliniques
- Axe II : Troubles de la personnalité
- Axe III : Affections médicales générales
- Axe IV : Problèmes psychosociaux et environnementaux
- Axe V : Évaluation globale du fonctionnement

La FQCRPAT s'intéresse à la concomitance de ces troubles parce que la pratique et la recherche confirment la prévalence de plus en plus élevée de ces problèmes et leur impact sur le cheminement de la clientèle en traitement. Les services existants ne sont pas toujours adaptés, traitant seulement l'un ou l'autre trouble. La cohésion entre les systèmes de traitement est souvent difficile à atteindre. Les intervenants ne possèdent pas toujours les outils, les stratégies ou les connaissances nécessaires pour aborder les deux troubles. Cette clientèle présente habituellement un niveau de désorganisation plus important et souvent récurrent, une plus faible persistance en traitement, une utilisation plus marquée des services d'urgence et un engagement mitigé dans une démarche de changements durables. Bref, les efforts déployés ont souvent peu d'impact et les organisations reconnaissent que les services actuels ne tiennent pas suffisamment compte des besoins particuliers de cette clientèle et des enjeux reliés à son traitement.

La prévalence des problèmes de dépendance, des troubles mentaux et de leur concomitance

La prévalence des problèmes de dépendance et des troubles mentaux

Selon le portrait publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec (CPLT) en novembre 2003⁷, 7,3% de la population de 15 ans et plus du Québec a consommé de l'alcool chaque jour en 2000-2001. Le nombre estimé d'individus à risque d'être dépendants à l'alcool est de 88 783 personnes, soit 1,5% de la population. En 2002, c'est 0,8% de la population québécoise de 15 ans et plus qui risquait d'être dépendante des drogues illicites. L'usage du cannabis a plus que doublé en dix ans. Sur le plan des habitudes de jeux de hasard et d'argent⁸, 81% des adultes du Québec s'y seraient adonnés en 2002. De ce nombre, 2,1% des joueurs présenteraient une situation problématique, soit 1,1% de joueurs à risque et 1% de joueurs pathologiques.

L'Institut de la statistique du Québec⁹ a dressé en 2002 un portrait comparatif détaillé des comportements de consommation et de jeu chez les élèves québécois (1^{re} à la 5^e secondaire). Parmi eux, 5% des jeunes en 1^{re} secondaire ont une consommation dite élevée d'alcool comparativement à 36% en 5^e secondaire. Près de la moitié des élèves du secondaire (44%) a présenté au moins un épisode de consommation excessive d'alcool en 2002 alors que plus du tiers (39%) a consommé du cannabis. De plus, 11% des élèves présenteraient une consommation de psychotropes à risque, susceptible d'induire un problème alors que 5% présenteraient une consommation dite problématique. Sur le plan des habitudes de jeu de hasard et d'argent, 57% des élèves auraient joué au cours de la dernière année, les deux tiers de façon occasionnelle, alors que 7% se disaient des joueurs assidus. Au total, 3,5% des élèves présenteraient un problème de jeu.

Il importe de souligner la concomitance élevée entre les problèmes de consommation de psychotropes et les problèmes de jeu excessif. Selon les études,

de 34% à 80% des joueurs problématiques en traitement présenteraient aussi des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues (Ciarrocchi & Richardson, 1989; Lesieur & Bloom, 1991)¹⁰. Parmi les consommateurs de psychotropes en traitement, de 5% à 21% présenteraient des problèmes de jeu compulsif (Ciarrocchi, 1996; Cunningham-William *et al.*, 2000; Feigelman *et al.*, 1995; Hall *et al.*, 2000; Toneatto & Brennan, 2002)¹¹. Au Québec, selon des données récentes sur le traitement du jeu pathologique, « La moitié des personnes qui ont été traitées dans le cadre du programme expérimental ont été traitées aussi pour au moins un des problèmes suivants : alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances et santé mentale. »¹²

Sur le plan des troubles mentaux, on estime à 20% le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui seront personnellement atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie. Environ 8% des adultes souffriront d'un trouble de l'humeur, 12% souffriront de troubles anxieux, 1% de schizophrénie, de 6% à 9% de troubles de la personnalité et 3% des femmes seront affectées d'un trouble de l'alimentation¹³. Chez les jeunes, on estime que la prévalence des troubles mentaux se situe entre 15% et 20%, avec 6,5% de troubles anxieux, 3,3% de troubles de conduite, 3,3% de troubles d'attention avec ou sans hyperactivité et 2,1% de troubles de l'humeur¹⁴.

La prévalence des troubles concomitants

Plusieurs études ont documenté la prévalence actuelle et à vie de la concomitance des problèmes de dépendance et des troubles mentaux dans la population générale et dans les populations cliniques. Cette prévalence varie en fonction de la population étudiée, du type de trouble présenté, des facteurs démographiques et du milieu en cause (départements psychiatriques, salles d'urgence, centres de réadaptation, etc.). De façon générale, on observe un taux élevé de symptômes psychiatriques chez les personnes présentant un problème de dépendance et l'inverse pour les personnes aux prises avec un trouble mental.

Chez les personnes aux prises avec un problème de dépendance

Parmi la population générale, les études épidémiologiques américaines rapportent que 37 % des personnes présentant un trouble lié à l'alcool et 53 % de celles présentant un trouble lié aux drogues ont déjà présenté un trouble mental. La prévalence à vie des troubles mentaux est estimée à 22,5 % aux États-Unis. On retrouve une variété de troubles mentaux chez les alcooliques tels que des troubles anxieux (19 %), des troubles de l'humeur (13 %), des troubles de la personnalité antisociale (14 %), de la schizophrénie (4 %), etc. Ce même constat s'applique à ceux qui présentent un trouble lié aux drogues : troubles anxieux (28 %), de l'humeur (26 %), de la personnalité antisociale (18 %), de la schizophrénie (7 %), etc. Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement à la population toxicomane en traitement, la prévalence à vie des troubles mentaux a tendance à doubler (Regier *et al.*, 1990)¹⁵. Plus récemment, les travaux épidémiologiques de Grant et de son équipe (2004)¹⁶, réalisés auprès d'un échantillon de 43 093 américains issus de la population générale en 2001-2002, ont révélé une prévalence actuelle (12 derniers mois) de 20 % de troubles de l'humeur et de 18 % de troubles anxieux indépendants reliés à l'utilisation d'une substance, en comparaison à 9 % et 11 % pour l'ensemble de la population. Cette prévalence s'élevait à 41 % pour les troubles de l'humeur indépendants et à 33 % pour les troubles anxieux indépendants chez les personnes qui avaient un trouble actuel relié à l'utilisation de l'alcool, pour lequel ils avaient eu recours à un traitement au cours de la dernière année ; la prévalence était de 60 % et de 43 % respectivement chez ceux qui présentaient un trouble actuel relié à l'utilisation de drogues et pour lequel ils avaient eu recours à une forme de traitement quelconque dans la dernière année. Ces chercheurs ont consacré des efforts importants pour distinguer les troubles induits par les substances des troubles indépendants et ont le mérite d'avoir clairement démontré la surestimation des troubles induits dans les travaux antérieurs.

Quant aux troubles de l'axe II, de 60 % à 70 % des alcooliques et de 70 % à 90 % des toxicomanes présenteraient des troubles de personnalité (Gunderson & Phillips, 1995)¹⁷. Nadeau, Landry & Racine (1999)¹⁸ rapportent que, selon les études, entre 53 % et 100 % des toxicomanes présenteraient un ou plusieurs troubles de personnalité. À cet effet, leur enquête réalisée dans les centres de réadaptation publics du Québec pour personnes alcooliques et toxicomanes révèle que 88 % des sujets en traitement présentent des scores au Millon™ Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) atteignant un seuil clinique significatif, suggérant la présence prééminente de troubles de la personnalité. Cependant, ces indices de troubles de personnalité doivent être nuancés compte tenu de la tendance des différentes versions du MCMI à les *surdiagnostiquer* (voir Chamberland, Boivin & Diguier, 1999)¹⁹. Finalement, seulement de 2 % à 8 % des usagers de ces centres présenteraient des troubles mentaux sévères et persistants selon les données recueillies par Mercier & Beaucage (1997)²⁰. Cette clientèle spécifique se retrouverait davantage dans les services en santé mentale.

Chez les jeunes, Grella & Joshi (2003)²¹ aux États-Unis ont rapporté une prévalence des troubles de conduite variant de 45 % à 67 % chez 803 adolescents, en traitement pour une problématique de consommation, dans 23 sites différents. De la même façon, Tims *et al.* (2002)²² rapportent, dans leur étude auprès de 600 adolescents en traitement ambulatoire pour une problématique de consommation, un taux de 25 % de problèmes internalisés (troubles anxieux, troubles de l'humeur, etc.) et de 61 % de problèmes externalisés (troubles des conduites, TDAH, etc.). Plus près de nous, Vitaro et son équipe (2001)²³ ont rapporté, dans une étude réalisée auprès de 1 600 jeunes du Québec, que 26 % des consommateurs problématiques de psychotropes manifestaient aussi un problème de dépression ou des troubles de comportement en comparaison à une proportion de 10 % chez les non-consommateurs.

Quant à la cooccurrence des troubles mentaux chez les personnes présentant des problèmes de jeu¹², 33 % des joueurs en traitement au Québec ont rapporté des troubles mentaux pendant leur vie et 32 % disent avoir déjà été traités pour de tels problèmes au cours de l'année précédant leur entrée en traitement pour leur problématique de jeu. De plus, 25 % d'entre eux présentent toujours un trouble mental significatif au moment de leur entrée en traitement.

Chez les personnes aux prises avec un trouble mental

Parmi la population générale, Regier estime qu'aux États-Unis 29 % des individus avec un problème de santé mentale ont déjà présenté un problème de consommation au cours de leur vie alors que cette prévalence est évaluée à 16 % pour l'ensemble de la population. La prévalence à vie des problèmes de consommation est estimée à 24 % chez les sujets présentant un trouble anxieux, à 32 % chez ceux qui présentent un trouble de l'humeur, à 47 % chez ceux qui présentent un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizophréniforme, à 61 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire et à 84 % chez celles qui présentent un trouble de personnalité antisociale (Regier *et al.*, 1990)¹⁵. Les travaux plus récents de Grant *et al.* (2004)¹⁶ ont révélé des prévalences actuelles de troubles reliés à l'utilisation d'une substance de 20 % chez les personnes présentant un trouble actuel de l'humeur indépendant (c.-à-d. non induit par l'utilisation de psychotropes) et de 15 % chez celles présentant un trouble anxieux actuel indépendant (c.-à-d. non induit par l'utilisation de psychotropes), en comparaison à 9 % pour l'ensemble de la population. Quant aux individus qui ont eu recours dans la dernière année à une forme quelconque de traitement pour leur trouble mental, nous retrouvons sensiblement la même prévalence de troubles actuels reliés à l'utilisation d'une substance (20 % chez ceux qui ont un trouble de l'humeur et 16 % chez ceux qui ont un trouble anxieux).

Mercier & Beaucage (1997)²⁰ estiment que la clientèle aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants est trois fois plus à risque de développer un trouble relié à l'alcool et six fois plus à risque de développer un problème de dépendance aux autres drogues que la population générale. Les taux de prévalence actuelle de problèmes de consommation seraient quant à eux plus élevés parmi la clientèle en centres hospitaliers, en salles d'urgence, en centres de crise, en centres de détention ou dans des maisons d'hébergement pour itinérants (Galanter et Castaneda, 1988)²⁴. Selon les études, de 25 % à 50 % des personnes avec un diagnostic de schizophrénie, admises à la suite d'une exacerbation aiguë de leurs symptômes, présentent une dépendance ou des comportements d'abus de substances (Drake, Alterman & Rosenberg, 1993; Sciacca, 1991; Warner, Taylor, Wright *et al.*, 1994)²⁵. Bien qu'il n'y ait pas eu d'étude systématique réalisée au Québec, Mercier & Beaucage (1997)²⁰ rapportent, selon les données informelles recueillies dans les différents milieux de traitement, que de 33 à 50 % de la clientèle psychiatrique présentant des troubles sévères et persistants aurait aussi eu un problème de consommation. Chez les jeunes, retenons de l'étude de Vitaro *et al.* (2001)²³ que 63 % de ceux qui ont des troubles du comportement et 42 % de ceux qui ont un problème de dépression sont aussi des consommateurs problématiques.

Les troubles concomitants : la norme ou l'exception ?

À la suite de ses travaux au sein des établissements de traitement de la toxicomanie et des troubles mentaux, Rush (2004)²⁶ conclut que les problématiques multiples constituent la norme lorsqu'une toxicomanie est présente. De plus, le nombre de troubles concomitants augmente avec la sévérité du trouble relié à l'utilisation d'une substance (abus vs dépendance, nombre des dépendances) (Flynn *et al.*, 1996²⁷ ; Tims *et al.*, 2002²²). La présence d'un trouble concomitant augmente la probabilité qu'une personne reçoive un traitement pour sa toxicomanie (Grant, 2004)¹⁶. Cette probabilité augmente de façon proportionnelle au nombre de troubles présentés (NAC, 1997)²⁸, et ce, même si 60% de la population la plus fortement affectée de troubles concomitants (trois troubles et plus) ne reçoit aucun traitement (Kessler *et al.*, 1994²⁹ ; NAC, 1997²⁸). Au Canada, seulement une minorité (32%) de personnes souffrant d'un trouble mental ou d'une dépendance à une substance recherche l'aide d'un professionnel³⁰.

Des chercheurs américains³¹ arrivaient tout récemment aux conclusions suivantes concernant la prévalence des troubles concomitants :

- La prévalence de ces troubles semble de plus en plus importante dans la population générale.
- Ces troubles sont fréquents mais demeurent très souvent non traités.
- Leur prévalence est directement reliée à la sévérité des problèmes de toxicomanie.
- Les troubles concomitants augmentent d'une façon importante la probabilité d'une hospitalisation.

Les nombreuses études de prévalence, bien qu'elles témoignent de l'existence manifeste des troubles concomitants, demeurent insuffisantes pour rendre compte de leur développement. Quatre

hypothèses principales sont rapportées dans la littérature pour expliquer pourquoi certaines personnes, une fois les affections médicales générales écartées, présentent une telle panoplie de symptômes (Brochu & Mercier, 1992; Hood *et al.*, 1996; Lehman, Myers & Corty, 1989; Moreira, Malo & Cousineau, 1991; Sciacca, 1991)³² :

- Le problème de consommation est une conséquence du trouble mental primaire.
- Les symptômes psychiatriques sont induits par un problème de consommation primaire.
- Le problème de consommation et le trouble mental sont initialement indépendants.
- Le problème de consommation et le trouble mental partagent une étiologie ou des facteurs de risque communs.

Ces hypothèses, documentées dans la littérature, sont considérées comme étant mutuellement exclusives. Certains repères ont été suggérés pour sélectionner l'hypothèse la plus appropriée à chacun des individus concernés. Cependant, plusieurs de ces repères ne peuvent être observés qu'à travers l'évolution du traitement. Quatre principales raisons rendent difficiles le dépistage, l'évaluation et le traitement des symptômes chez les personnes manifestant des troubles concomitants :

- Une complexité inhérente au phénomène des troubles concomitants ;
- Un plus grand risque d'erreurs au niveau du diagnostic et de l'orientation du traitement ;
- Un plus grand risque d'incohérences entre les traitements utilisés ;
- Une difficulté marquée à maintenir ces personnes en traitement.

Des recommandations en lien avec ces problèmes ont été formulées dans la littérature afin d'améliorer l'approche auprès de ces personnes. Mais avant d'aborder la question des meilleures pratiques, il importe de souligner les constats que le comité fait en regard de la prévalence des troubles concomitants :

De toute évidence, les troubles concomitants ne peuvent plus être considérés comme des exceptions ni dans la population générale, ni dans nos centres de traitement, ni dans les services dédiés aux troubles mentaux. Reconnaître la prévalence actuelle de ces troubles dans nos populations en traitement et préciser leurs besoins par rapport à ces troubles constituent sans aucun doute un virage nécessaire. Les centres de réadaptation et leurs partenaires doivent s'en préoccuper sérieusement.

De plus, les organisations responsables de la santé et du bien-être d'une population donnée doivent se soucier de la proportion importante de ces personnes qui ne consultent pas pour leurs difficultés et chercher à mieux les rejoindre et comprendre leurs besoins.

Les meilleures pratiques

La présence de troubles mentaux a des impacts tant sur le déroulement du traitement pour la dépendance que sur ses résultats. L'inverse est aussi vrai pour le traitement des troubles mentaux en présence de problèmes de dépendance. La concomitance des troubles est fortement associée aux rechutes chez les personnes présentant des problèmes de dépendance ou des troubles mentaux.

« Force est de constater que la comorbidité comporte des effets négatifs tant sur la persistance en traitement (Clopton *et al.*, 1993 ; Kosten *et al.*, 1989 ; McLellan *et al.*, 1993) que sur l'efficacité des traitements offerts (Hasin *et al.*, 1988 ; McLellan *et al.*, 1993 ; Rounsaville *et al.*, 1987). Ces patients quittent le traitement prématurément et ont de la difficulté à s'engager dans un processus de changement ainsi qu'à établir une alliance thérapeutique (Brown *et al.*, 1999 ; Gill *et al.*, 1992 ; Luborsky *et al.*, 1985 ; Mercer *et al.*, 1997 ; Verheul *et al.*, 1998 et 2000). »³³

Même si aucune intervention ou aucun programme n'est approprié à tous les clients, des éléments clés ont été identifiés dans la littérature sur les meilleures pratiques en matière de troubles concomitants. Nous reprenons ici l'essentiel des meilleures pratiques formulées en 2002 par Santé Canada³⁴ en matière de dépistage, d'évaluation, d'intégration des services, de traitement et d'évaluation des résultats du traitement. Nous y ajoutons certaines informations publiées au cours des années qui ont suivi et qui permettent, à nos yeux, de nuancer ou de compléter les positions soutenues par l'équipe de Santé Canada. De plus, bien que Santé Canada ait précisé que des meilleures pratiques en matière de troubles mentaux concomitants aux problèmes de jeu pathologique ne pouvaient être identifiées pour le moment, nous faisons l'hypothèse que plusieurs des meilleures pratiques en matière de troubles concomitants santé mentale et toxicomanie s'appliquent dans le cas des problèmes de jeu pathologique.

En matière de dépistage

Les symptômes, les comportements et les conséquences des troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation d'une substance sont souvent interreliés et imbriqués les uns dans les autres. La consommation peut facilement masquer un trouble mental concomitant. Il est essentiel que les centres de réadaptation puissent disposer de la structure, des outils et des compétences pour effectuer un dépistage systématique des troubles mentaux. À cet égard, un certain nombre d'outils validés existent et ont été regroupés par les membres du comité³⁵.

En épidémiologie, le terme « dépistage » désigne une démarche systématique pour identifier, dans une population apparemment en bonne santé, les personnes susceptibles de présenter une maladie ou un problème. Dans le milieu médical, on utilise le terme « recherche de cas » lorsqu'une démarche de « dépistage » vise des personnes venues consulter d'elles-mêmes un service de santé pour n'importe quel autre problème que celui « recherché ». Dans le cadre des services offerts par les centres de réadaptation, le terme « dépistage » est utilisé dans le sens de « recherche de cas » tel que défini précédemment.

En matière d'évaluation

Lorsqu'un trouble concomitant est dépisté, une évaluation complète doit être réalisée dans le but :

- D'établir le diagnostic des troubles en présence (types, sévérité, chronicité) ;
- D'évaluer le niveau de fonctionnement psychosocial de la personne ;
- D'évaluer le niveau de motivation de la personne pour le traitement ou pour apporter les changements de vie associés à une réduction ou un arrêt de la consommation de substances psychotropes ;
- D'établir un plan de services individualisé, basé sur le diagnostic des troubles en présence et leur résolution.

Les meilleures pratiques indiquent plusieurs éléments à considérer pour réaliser une évaluation globale et de qualité auprès de la clientèle.

- Le centre de réadaptation et les partenaires de la santé mentale doivent collaborer étroitement, et le plus tôt possible, dans le processus d'évaluation. Il est important que le centre de réadaptation et les partenaires développent respectivement l'expertise nécessaire à l'évaluation diagnostique ou s'assurent que d'autres ressources puissent réaliser cette fonction.
- L'évaluation doit être continue et évolutive dans le temps, de façon à valider le diagnostic posé et à mesurer les progrès réalisés. L'évaluation doit se dérouler sur au moins deux entrevues et comprendre plusieurs sources d'information. La démarche évaluative auprès de la clientèle avec des troubles concomitants est progressive et continue afin de poser un diagnostic adéquat et d'offrir le traitement approprié à la clientèle, selon l'évolution de la situation. Dans cette perspective, nous considérons les notions de dépistage et de suivi du résultat du traitement comme une partie intégrante du processus d'évaluation. L'évaluation répétée et continue favorise l'observation et la lecture différentielle des troubles

concomitants ainsi que le type d'interaction entre les problématiques en présence. Cette lecture dynamique et intégrative des informations permet l'orientation vers un traitement approprié à la situation de la personne.

- Cette évaluation doit mener à une orientation vers un traitement approprié à la situation de la personne et tenir compte des ressources disponibles. Une évaluation globale qui tient compte du type, de la sévérité et de la chronicité des troubles concomitants permet d'orienter la clientèle vers les services pertinents.

En matière d'intégration des services

Le traitement intégré à l'intention des personnes ayant des troubles concomitants a fait son apparition au début des années 1980. Il visait alors à résoudre les difficultés et à améliorer les résultats médiocres associés au traitement offert aux clients, dans un contexte où deux systèmes de soins distincts existent en parallèle pour répondre aux besoins des personnes qui présentent un trouble mental ou un problème de dépendance.

Il est recommandé que les centres spécialisés en santé mentale et ceux qui le sont en matière de dépendance collaborent étroitement pour offrir des services intégrés. À la suite de certaines études réalisées aux États-Unis³⁶ par le *National Institute of Mental Health* (NIMH), le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) et le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), des recommandations ont été formulées afin de parvenir à une meilleure intégration des traitements de troubles mentaux et de toxicomanie, et ce, pour améliorer l'efficacité des interventions auprès de la clientèle. La définition du concept de traitement intégré porte sur deux aspects complémentaires et indissociables.

• Le **premier** concernant **l'intégration des systèmes**

« Établissement de liens durables entre les dispensateurs de services, ou les unités de traitement dans un système de soins ou dans l'ensemble des systèmes s'il y en a plus d'un, visant à faciliter la prestation de services aux individus à l'échelle locale. Les traitements de santé mentale (...) et de toxicomanie sont toutefois combinés par au moins deux cliniciens et membres du personnel clinique travaillant pour des unités de traitement ou dispensateurs de services différents. On se sert de diverses dispositions de coordination et de collaboration pour procéder à l'élaboration et à l'implantation d'un plan de traitement intégré. »³⁷

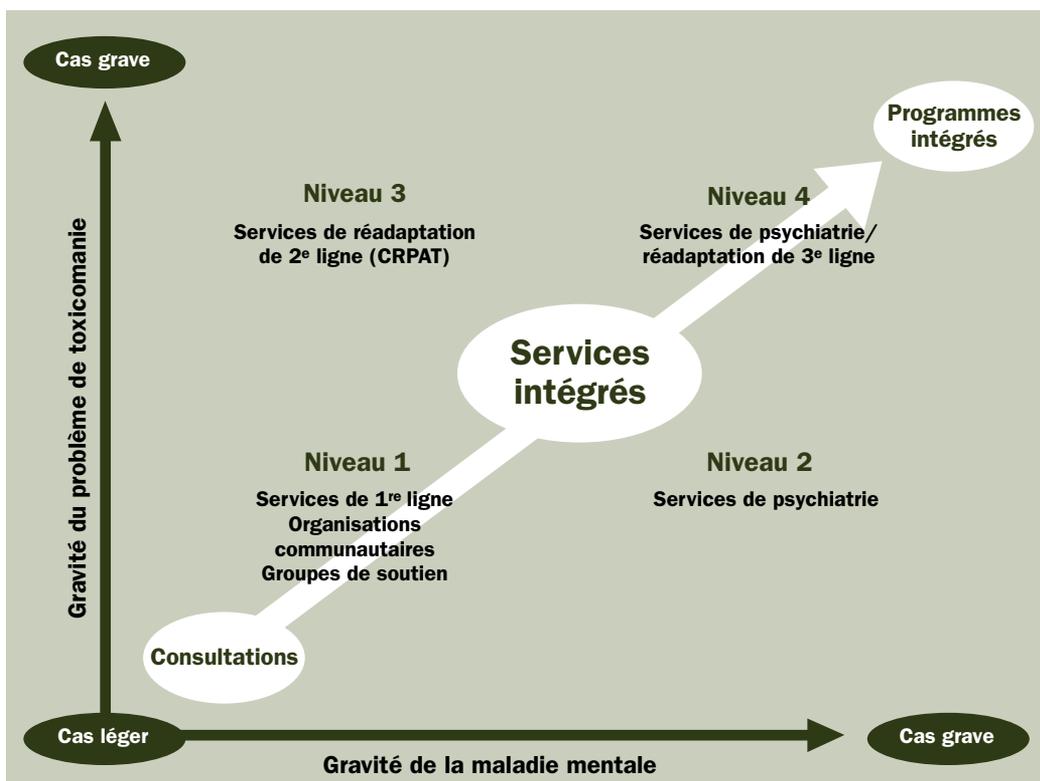
• Le **deuxième** porte sur **l'intégration des programmes de traitement**

« Les traitements de santé mentale (...) et de toxicomanie sont administrés conjointement par les mêmes cliniciens et les mêmes intervenants ou par une même équipe de cliniciens et d'intervenants, de façon à ce que les clients aient une explication uniforme quant à leurs troubles et à leurs problèmes (...) plutôt qu'une série de messages contradictoires provenant de différents intervenants. » (Adapté de Drake et Mueser)³⁸

Les cliniciens et les intervenants œuvrant au sein d'un système intégré de services ou d'un programme intégré doivent fournir des services spécifiques, de façon simultanée ou séquentielle, selon les combinaisons de troubles concomitants et d'autres facteurs individuels.

L'adaptation québécoise d'un modèle américain

Le comité juge très intéressantes les recommandations du rapport de SAMHSA³⁹, basées sur le modèle d'intégration du réseau de NASMHPD/NASADAD (1999)⁴⁰, proposant l'orientation de la clientèle vers le niveau de service approprié selon le degré de gravité de chacun des troubles concomitants. Le comité propose ci-contre une adaptation québécoise.⁴¹



Ce modèle oriente les clients vers les services nécessaires selon la gravité respective des troubles mentaux ou de dépendance lorsque le client se présente pour des services. Le client est alors dirigé vers la ressource convenant le mieux selon la gravité respective des problèmes présentés.

Les clients présentant des troubles mentaux et des problèmes de dépendance moins graves sont orientés vers des ressources communautaires ou généralistes. À mesure que les problèmes s'aggravent, ils nécessiteront une intervention plus intensive, spécialisée et probablement aussi plus coûteuse. Dans ce modèle, la définition de « sévérité » tient compte d'une part du type de condition (par exemple, désordre de panique vs schizophrénie) et d'autre part de l'état actuel du client.

Tous les niveaux de services peuvent être intégrés, soit par l'intermédiaire d'ententes formelles de service (intégration des systèmes), comme celle qui existe entre le Pavillon Foster et l'Hôpital Douglas à Montréal (voir annexe 2), soit verticalement par la création de services spécialisés (intégration des programmes) comme dans le cas de la Clinique Cormier-Lafontaine (voir annexe 3).

En matière de traitement

Selon le modèle des *Meilleures Pratiques* développé par Santé Canada, certains aspects du traitement devraient être spécifiques à chacune des sous-catégories diagnostiques, soit les troubles de l'humeur et anxieux, les troubles mentaux sévères et persistants, les troubles de la personnalité et les troubles de l'alimentation. Ainsi :

- La chronicité et la sévérité de certains problèmes commandent une intervention immédiate, une surveillance constante et un soutien régulier auprès de la clientèle.
- L'interaction de ces phénomènes engendre différentes conséquences pour les personnes, ce qui nécessite de la part des cliniciens d'être vigilants dans le cadre des traitements offerts. L'intervention tient compte constamment des résultats du traitement appliqué.

- Une approche intégrée au traitement est recommandée pour tous les sous-groupes établis. Cependant, selon le trouble mental présenté, il pourra être nécessaire d'intervenir simultanément ou selon une séquence visant d'abord le trouble mental ou d'abord le problème de dépendance.
- Le traitement et le soutien offerts tiennent compte des besoins fondamentaux de la personne concernant l'alimentation, le logement, le travail, les loisirs, le soutien social et autres aspects du fonctionnement psychosocial. Ainsi, la notion de réinsertion sociale fait partie intégrante de ce modèle d'intervention. Les groupes d'entraide tels que les Alcooliques Anonymes peuvent jouer un rôle très important dans les systèmes communautaires d'aide pour trouble mental ou toxicomanie.
- L'intervention identifie et tient compte du stade de motivation des personnes affectées, et elle utilise les techniques d'entrevue visant le développement et le maintien de la motivation au changement et de l'engagement en traitement.
- Même si toute consommation, si minime soit-elle, peut avoir un impact important chez la clientèle vivant des troubles concomitants, une approche visant la réduction des méfaits est recommandée parce qu'elle favorise l'accès aux services.

À la lumière des connaissances actuelles, il appert pour les membres du comité que ces notions s'appliquent aussi en matière des services visant les joueurs pathologiques.

En matière de traitement, le comité retient l'ensemble des recommandations formulées par Santé Canada pour certaines catégories de troubles mentaux tout en apportant quelques nuances au niveau des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux

Il est recommandé de débiter par le traitement des troubles liés aux substances, tout en procédant à une évaluation continue des symptômes propres aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux afin d'adapter le plan d'intervention en conséquence si les troubles mentaux persistent malgré une amélioration des problèmes de dépendance.

Cette recommandation s'appuie sur les études qui ont souligné à plusieurs reprises l'importance des troubles anxieux et des troubles de l'humeur induits par l'intoxication ou le sevrage de certains psychotropes. Ainsi, le simple arrêt de consommation permettrait pour plusieurs de résorber leurs symptômes dépressifs ou anxieux. Les données présentées par Grant et son équipe (2004)¹⁶ incitent les membres du comité à recommander une plus grande vigilance face aux troubles de l'humeur ou anxieux indépendants chez les personnes présentant un trouble relié à l'utilisation de substances. Ainsi, certaines modalités d'évaluation favorisent une distinction plus nette entre les troubles mentaux induits ou indépendants. À cet égard, le traitement pour un trouble anxieux ou de l'humeur indépendant ne devrait jamais être retardé, même si le problème de consommation persiste, sachant l'impact qu'il peut avoir sur la vie de la personne.

Quant aux troubles liés au syndrome post-traumatique, une approche de traitement intégré portant en même temps sur le syndrome post-traumatique et la toxicomanie est recommandée.

Selon l'analyse de Santé Canada, le traitement cognitivo-comportemental s'avère actuellement le plus efficace pour les troubles de l'humeur, tout comme pour les troubles anxieux dont le trouble relié au syndrome post-traumatique.

Les troubles mentaux sévères et persistants

Il est recommandé que les interventions pour les problèmes de dépendance et les troubles mentaux sévères soient planifiées et mises en œuvre de façon simultanée et intégrée. Actuellement, le traite-

ment utilise un ensemble de services qui prend en compte la motivation du client et qui propose un traitement cognitivo-comportemental, la réduction des méfaits et un soutien de réadaptation psychosociale complet sur une base ambulatoire.

Les troubles de la personnalité

Il est recommandé que soient planifiées et mises en œuvre simultanément les interventions pour la toxicomanie et pour le trouble de personnalité limite.

Les données de recherche sur le traitement du trouble de la personnalité antisociale et des troubles liés aux substances suggèrent de traiter d'abord le problème de dépendance.

Enfin, les données les plus probantes indiquent que le meilleur traitement pour les troubles concomitants de la personnalité limite et de la toxicomanie est la thérapie comportementale dialectique (TCD) qui implique le développement d'habiletés personnelles et interpersonnelles.

Les troubles de l'alimentation

Il est recommandé que les interventions relatives à un problème de dépendance et à un trouble de l'alimentation soient planifiées et mises en œuvre simultanément, à moins qu'il n'y ait présence de motifs cliniques impératifs, comme des facteurs menaçant la vie de la personne. Dans ce cas, on mettra d'abord l'accent sur le trouble en cause.

Présentement, il ressort que l'intervention la plus prometteuse est une combinaison de la gestion médicale et des stratégies comportementales pour modifier les habitudes alimentaires et le comportement de dépendance, ainsi qu'une psychothérapie pour traiter les problèmes psychologiques.

En matière d'évaluation du résultat du traitement

Une évaluation méticuleuse et suivie des programmes, des systèmes et des résultats des interventions sur les individus devrait être effectuée.

L'organisation des services en matière de troubles concomitants au sein des centres de réadaptation membres de la FQCRPAT⁴²

Dans le but de dégager des recommandations qui puissent tenir compte de l'état actuel de l'organisation des services en matière de troubles concomitants dans les centres de réadaptation membres de la FQCRPAT, le comité a entrepris une démarche de sondage auprès de ses membres.

Un questionnaire a été élaboré en s'inspirant largement des paramètres utilisés par Santé Canada (2002) pour traduire les connaissances et les processus associés aux meilleures pratiques dans le domaine des troubles concomitants. À cet effet, le questionnaire couvrait les sept aspects suivants :

- La description du programme ou service concerné ;
- L'estimation de la prévalence des troubles concomitants dans le programme ou service concerné ;
- Les responsabilités professionnelles assumées par les intervenants en regard de quatre processus cliniques spécifiques : dépistage, évaluation diagnostique, évaluation de l'évolution des symptômes en cours de traitement et traitement ;
- L'appréciation des compétences professionnelles des intervenants face aux quatre processus cliniques spécifiques ;
- Les formations reçues en lien avec la thématique des troubles concomitants au cours des deux dernières années ;
- L'état du partenariat et le réseautage en matière de troubles concomitants ;
- Les voies de développement à privilégier pour mieux répondre aux besoins des clientèles qui présentent un trouble concomitant.

Il est à noter que le questionnaire n'a pu faire ressortir le portrait des services offerts en matière de jeu pathologique concomitant aux troubles mentaux dans nos centres. Cet état de situation reste donc à dessiner.

Les 21 centres membres de la FQCRPAT répartis à la grandeur de la province ont été sollicités. Les analyses réalisées sont essentiellement descriptives ; elles se limitent aux réponses des coordonnateurs et sont présentées pour l'ensemble des programmes dans un premier temps et de façon discriminée (programmes pour adolescents versus adultes) lorsque c'est pertinent de le faire et que le nombre de répondants le justifie. Les données reposent sur la perception des coordonnateurs en regard des aspects mentionnés.

Étant donné certaines limites méthodologiques, les résultats ne nous permettent pas d'établir de façon précise l'écart entre la situation des centres et les meilleures pratiques recensées par Santé Canada dans le domaine des troubles concomitants, mais nous en fournissent une idée générale. Les éléments suivants se dégagent des perceptions recueillies :

- 1) En comparant les réponses des coordonnateurs aux données de la littérature, il ressort que le quart des répondants sous-évalue la prévalence des troubles concomitants parmi la clientèle adulte fréquentant leurs services. La majorité des coordonnateurs des programmes pour adolescents sous-estime aussi la prévalence des troubles internalisés chez leurs usagers.
- 2) Bien qu'il soit difficile de l'établir avec précision, nous soupçonnons un écart entre le nombre de clients des CRPAT qui requièrent des services pour un trouble mental et le nombre de personnes qui reçoivent

effectivement une forme quelconque de traitement pour ces troubles. Plusieurs facteurs observés dans le cadre du présent sondage pourraient expliquer cet écart :

- Plus de 35 à 65 % des répondants, selon les processus impliqués, ont rapporté l'absence de responsabilités professionnelles clairement établies dans les centres en regard des processus cliniques spécifiques associés à la gestion des troubles concomitants ;
- Le manque de compétences pour dépister adéquatement les différents troubles est rapporté par plus de 30 à 60 % des répondants, selon les troubles mentaux concernés ;
- Plus de 65 % des répondants considèrent que leur équipe n'a pas les compétences requises pour établir un diagnostic fiable des différents troubles mentaux ;
- Bien qu'un répondant sur deux rapporte la tenue de formations générales sur les troubles mentaux ou les troubles concomitants au cours des deux dernières années, la grande majorité des cliniciens n'a pas reçu de formation sur les processus cliniques spécifiques associés aux meilleures pratiques dans le domaine des troubles concomitants ;
- Aussi, certaines incohérences soulevées entre les différentes estimations de prévalence des troubles mentaux nous laissent perplexes quant à l'adéquation des connaissances de certains répondants concernant les nomenclatures établies des troubles mentaux ;
- 88 % des répondants disent diriger des usagers vers les services pour trouble mental, mais plus de la moitié considèrent ces services difficilement accessibles, alors que les ententes formelles pouvant faciliter un meilleur arrimage entre les services sont rares ;
- Finalement, un écart existe entre les programmes pour adultes et les programmes pour adolescents au plan de l'organisation des services en matière de troubles concomitants. Les programmes pour adolescents présentent un retard encore plus important

que les programmes pour adultes sur le plan des responsabilités assumées et des compétences maîtrisées.

- 3) Les pistes d'amélioration jugées prioritaires par les répondants nous confirment la justesse de nos interprétations des résultats du sondage. Ces pistes d'action se concentrent autour d'un meilleur arrimage avec les services pour troubles mentaux, d'une maîtrise du dépistage systématique des troubles mentaux chez la clientèle en traitement et d'une meilleure connaissance des troubles concomitants.

De toute évidence, la situation actuelle des centres membres de la FQCRPAT en regard des troubles concomitants requiert des actions concrètes pour mieux répondre aux besoins de leurs usagers en matière de troubles mentaux. Cependant, ces actions ne peuvent être entreprises sans prendre le temps de comprendre les facteurs internes et externes qui contribuent à la situation actuelle. Le portrait général que fournissent les coordonnateurs nous permet d'identifier un certain nombre de processus à mieux maîtriser (par exemple, le dépistage).

Nous sommes convaincus qu'une systématisation des processus de base (connaissance des troubles concomitants, dépistage des troubles mentaux au début et en cours de traitement, arrimage avec les services pour troubles mentaux) est nécessaire et améliorerait significativement l'organisation des services des CRPAT en matière de troubles concomitants.

Un travail tout aussi important devra être fait au niveau des services pour troubles mentaux. Quel est le panier de services pour troubles mentaux effectivement accessible à notre clientèle et dans quelle mesure ces services peuvent-ils adéquatement répondre aux besoins de nos usagers ? Sans ce travail, des améliorations dans nos centres auront peu d'impact sur la satisfaction des besoins de notre clientèle concernant leurs troubles mentaux.

Les recommandations du comité

À partir des constats faits sur le plan de la prévalence des troubles concomitants dans les populations générales et cliniques, des recommandations de la littérature, particulièrement celles formulées par Santé Canada, et des conclusions tirées de l'analyse du sondage conduit auprès des gestionnaires des centres membres de la FQCRPAT, les membres du comité ont formulé une série de recommandations pour soutenir le développement et l'intégration de services mieux adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants.

Ces recommandations s'adressent aux membres de la FQCRPAT ainsi qu'à leurs partenaires et sont regroupées en trois volets complémentaires. Le premier concerne l'organisation et la gestion des services, le deuxième traite spécifiquement de l'intervention clinique et le troisième concerne la recherche. Au préalable, des principes directeurs qui sous-tendent ces recommandations sont formulés.

Les principes directeurs

Reconnaissance de l'existence des troubles concomitants

En raison de leur prévalence élevée dans la population en traitement dans nos centres, le comité suggère un changement important de perspective sur la présence des troubles mentaux chez la clientèle connaissant des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues ou de jeu ; étant donné les résultats de recherches sur le sujet, il faut se rendre à l'évidence que ces troubles concomitants constituent maintenant une proportion très significative de notre clientèle et non plus l'exception. De même, les ressources impliquées en santé mentale doivent être à l'affût des problèmes de dépendance chez les personnes qu'elles desservent.

Accessibilité facile aux services

Les services des CRPAT doivent être universels, culturellement et linguistiquement appropriés, intégrés dans le système local et régional de santé et accessibles sur l'ensemble du territoire québécois.

La nature des problèmes concomitants et les risques de conséquences dramatiques dont ils sont porteurs exigent que l'accessibilité aux soins offerts par tous les dispensateurs de services soit adaptée et rapide. Il est essentiel que la clientèle et son entourage soient accueillis dans le respect et avec diligence. Les préjugés envers ces personnes et les interventions à leur égard doivent être objectivés, de façon à leur garantir, de concert avec les partenaires du réseau de la santé mentale, l'accessibilité à des services appropriés.

Complémentarité et continuité essentielles

Les services des CRPAT s'inscrivent dans le cadre de réseaux intégrés de services. L'intervention auprès de la clientèle connaissant des troubles concomitants doit être décloisonnée et intégrée. La nature et le niveau d'intégration au sein des réseaux locaux de services doivent être précisés : la clarification des zones de responsabilités, des mécanismes de collaboration et d'intégration des services doit s'effectuer avec les autres ressources du réseau. Les moyens permettant de répondre aux responsabilités des CRPAT devront être fournis.

Efficacité et efficience évaluées

Les services offerts sont ceux favorisant le plus l'amélioration de la condition des usagers au meilleur coût possible. Au cours des dernières années, des interventions efficaces, adaptées à chaque sous-catégorie de troubles mentaux concomitants à un problème de dépendance, ont été identifiées. L'intervention doit non seulement s'ajuster en fonction des nouvelles données scientifiques publiées, mais aussi prévoir l'évaluation continue et rigoureuse des pratiques. Les résultats des interventions les plus probantes auprès de la clientèle vivant des troubles concomitants rappellent constamment la valeur du recours à une approche intégrée des systèmes et des programmes.

Recommandations visant l'organisation et la gestion des services

Les orientations

Considérant l'importance d'une mobilisation et d'un engagement des différents organismes représentant les secteurs de la toxicomanie, du jeu pathologique et de la santé mentale à l'échelle nationale ;

Considérant l'importance de favoriser une action cohérente et intégrée du personnel des centres de réadaptation en dépendance et des partenaires du secteur de la santé mentale ;

Considérant l'importance d'adopter des orientations spécifiques quant à la nature des services à offrir à cette clientèle ;

Nous recommandons :

Que la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes et ses membres conviennent, avec les autorités, associations, ressources et réseaux concernés, d'orientations spécifiques et d'un cadre de référence commun concernant l'intervention auprès de la clientèle ayant des troubles mentaux concomitants à ceux de toxicomanie ou de jeu pathologique, dans le but de faciliter le travail des CRPAT et des partenaires impliqués dans le traitement de cette clientèle.

Que les centres assurent les conditions (dotation, formation et organisation des services) permettant le développement et le maintien des compétences-clés en matière d'intervention auprès des personnes manifestant des troubles concomitants.

La concertation

Considérant la complexité de ce phénomène et la diversité des expertises nécessaires à une intervention de qualité ;

Considérant l'importance de reconnaître et de mettre à contribution les différents acteurs (santé mentale, soutien communautaire, toxicomanie et jeu pathologique) impliqués auprès de ces clientèles-cibles ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT favorisent activement l'implication et la collaboration des partenaires possédant une expertise en santé mentale et en réinsertion sociale, tout en étant ouverts à partager leur expertise en toxicomanie et jeu pathologique.

Soulignons aussi que peu avant la publication du présent document, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec signifiait aux services de santé mentale et à ceux traitant les dépendances l'importance d'agir de façon conjointe :

« Environ les 2/3 des individus qui présentent un trouble mental qualifié de grave ont aussi une toxicomanie. L'interface de l'un et l'autre problème

met souvent en péril la fidélité au traitement ainsi que ses résultats. Les cliniciens rencontrent tous les jours des personnes ayant des troubles mentaux qui sont toxicomanes. Ils témoignent de leur difficulté à aider chacun de ces individus. Des expériences de travail conjoint entre le secteur de la toxicomanie et celui de la santé mentale ont déjà donné des résultats très positifs. Elles devront être reprises et diffusées. » ⁴³

Les ententes de services et les protocoles d'intervention clinique

Considérant l'importance de préciser et de formaliser les responsabilités spécifiques et communes de l'ensemble des partenaires afin d'offrir des services intégrés, continus et complémentaires à la clientèle ;

Considérant l'importance de mesurer l'efficacité des actions réalisées avec l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs dans le but d'améliorer les services ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT formalisent des ententes de service et des protocoles d'intervention clinique avec les partenaires de la santé mentale, ententes prévoyant, entre autres, les responsabilités de chacune des organisations, les mécanismes d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation. Les protocoles adoptés dans chaque région du Québec devraient s'appuyer sur un cadre de référence préalablement élaboré et adopté par la FQCRPAT et les associations d'établissements concernées, inspirant notamment les projets cliniques de chaque région.

Notons que la FQCRPAT a publié récemment un document décrivant son offre de services³, de façon à faciliter les maillages requis dans le cadre des projets cliniques. De la même façon, elle a fait paraître, en collaboration avec trois autres associations d'établissements (Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (FQCRDI), Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), Association des établissements de réadaptation en déficience

physique du Québec (AERDPQ)), offrant des services de 2^e ligne, un *Guide des établissements spécialisés à vocation régionale (établissements de réadaptation et centres jeunesse) concernant le projet clinique*⁴⁴. Ce guide vise aussi à rappeler à nos partenaires le rôle que nous avons à jouer dans le cadre des programmes-services pour les clientèles que nous desservons selon les missions qui nous sont confiées et qui ne sont pas modifiées par l'actuelle reconfiguration du réseau des services de santé et des services sociaux. Il permet enfin d'identifier clairement la nature de la contribution de ces établissements au regard des services spécialisés requis par les populations des réseaux locaux de services⁴⁵ dans le but de « fournir à ces établissements un outil leur permettant de jouer un rôle actif dans l'élaboration et l'implantation des projets cliniques ».

Recommandations visant l'intervention clinique

Le dépistage

Considérant que le dépistage systématique des troubles concomitants est peu fréquent dans les services en santé mentale et se limite à l'utilisation de l'échelle psychologique de l'*Indice de gravité des toxicomanies* (version adolescente et adulte) dans les centres de réadaptation ;

Considérant le taux de prévalence de la concomitance de la toxicomanie, du jeu pathologique et des troubles mentaux chez la population générale et chez la clientèle faisant appel à des services de traitement dans les centres de réadaptation ;

Considérant l'importance à accorder au dépistage des symptômes associés à une problématique de troubles mentaux tant chez les jeunes que chez les adultes ;

Considérant que la concomitance des troubles mentaux et des problèmes de dépendance modifie le cours (tant la trajectoire que la nature), le coût et le résultat du traitement ;

Considérant que cette clientèle frappe à la porte de plusieurs ressources du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire pour obtenir soutien et traitement ;

Nous recommandons :

Que toute personne (jeune ou adulte) en traitement dans un service de toxicomanie fasse l'objet d'un dépistage visant le jeu pathologique ;

Que toute personne (jeune ou adulte) en traitement dans un service de jeu pathologique fasse l'objet d'un dépistage visant les troubles liés aux substances ;

Que toute personne (jeune ou adulte) en traitement dans un service de toxicomanie ou de jeu pathologique fasse l'objet d'un dépistage systématique de troubles mentaux ;

Que chaque centre négocie, avec les partenaires du secteur de la santé mentale, l'adoption de protocoles favorisant le dépistage systématique des troubles liés à l'utilisation d'une substance ou du jeu pathologique.

La reconnaissance des symptômes d'un trouble mental et de toxicomanie ou de jeu pathologique chez la clientèle jeune et adulte s'avère essentielle à une évaluation et un traitement adaptés aux besoins de la personne.

Le comité propose aux centres de réadaptation d'adopter une approche graduelle qui tient compte de la disponibilité des ressources en place dans leur organisation et du temps qu'ils désirent consacrer à cette première étape d'évaluation.

L'évaluation

Considérant l'importance d'assurer le lien entre la fonction de dépistage et une évaluation complète et rigoureuse de la clientèle ayant un trouble concomitant de toxicomanie ou de jeu pathologique et de santé mentale ;

Considérant que l'évaluation constitue une étape importante, soit pour identifier les problématiques en présence chez la clientèle, soit pour évaluer la

sévérité des troubles en présence, soit pour favoriser une orientation vers le type de traitement qui s'avère approprié et efficace pour répondre aux besoins de la personne et pour effectuer le suivi du résultat ;

Considérant que le plan de services individualisé s'appuie sur des évaluations complémentaires effectuées par les CRPAT et les partenaires de la santé mentale ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT et les partenaires de la santé mentale conviennent du processus, des instruments d'évaluation et du rôle de chaque partenaire pour évaluer (dépistage, diagnostic, évaluation de sévérité, suivi et évaluation des résultats) adéquatement la clientèle ayant un trouble concomitant de toxicomanie ou de jeu pathologique et de santé mentale. Cette fonction essentielle à une offre de services de qualité doit être négociée avec les partenaires de la santé mentale afin de préciser la contribution de chacun dans ce processus visant à confirmer le ou les diagnostics en présence ;

Que les CRPAT et les partenaires de la santé mentale adoptent les modalités d'évaluation permettant de distinguer, lorsque c'est possible, les troubles mentaux induits des troubles mentaux indépendants, mais concomitants aux problèmes de dépendance.

Le traitement

Considérant la prévalence élevée de personnes en traitement aux prises avec des troubles concomitants ;

Considérant la prévalence élevée de troubles anxieux et de troubles de l'humeur non induits par l'utilisation d'une substance chez les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et des impacts négatifs de ces troubles mentaux sur leur fonctionnement lorsqu'ils ne sont pas traités immédiatement ;

Considérant l'importance d'offrir un traitement et un soutien efficaces qui puissent répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants ;

Considérant les données de la littérature dans ce domaine et l'expérience clinique acquise au cours des dernières années ;

Considérant l'importance de travailler de concert avec les partenaires, pour atteindre des résultats efficaces ;

Considérant que les individus atteints de troubles concomitants représentent un groupe très varié au sein duquel il existe de nombreuses combinaisons différentes de troubles liés à l'utilisation d'une substance ou au jeu pathologique ;

Considérant l'impact d'une problématique sur l'autre et sur l'évolution du problème ou de sa solution ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT s'appuient sur les lignes directrices formulées par Santé Canada⁵, en regard du traitement et du soutien à apporter aux personnes présentant des troubles concomitants et à leur entourage ;

Que les CRPAT appuient leurs actions et leurs collaborations avec leurs partenaires, sur les recommandations spécifiques de Santé Canada concernant le traitement des quatre catégories de troubles mentaux concomitants suivants :

- **Troubles de l'humeur et troubles anxieux ;**
- **Troubles mentaux sévères et persistants ;**
- **Troubles de la personnalité ;**
- **Troubles de l'alimentation ;**

Que les CRPAT et leurs partenaires en santé mentale conviennent, dans les cas où les troubles anxieux ou de l'humeur ne sont pas induits par l'utilisation d'un psychotrope, d'actualiser sur le champ les traitements requis par ces troubles mentaux.

La formation

Considérant l'expertise nécessaire pour dépister, évaluer et intervenir efficacement auprès de la clientèle ayant des troubles mentaux concomitants à un problème de dépendance ;

Considérant que les pratiques de pointe ou en émergence dans ce secteur soulignent l'importance d'offrir au personnel des formations croisées (le secteur de la santé mentale offre de la formation aux intervenants en toxicomanie/jeu pathologique et le secteur de la toxicomanie/jeu pathologique offre de la formation aux intervenants de la santé mentale) ou intégrées (des intervenants des deux secteurs participent de façon simultanée à la formation afin d'offrir un programme de traitement intégré à la clientèle) selon la nature et le niveau de spécialisation des services offerts à la clientèle ;

Considérant que les données de recherche sur l'efficacité des traitements évoluent continuellement ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT en association avec les partenaires de la santé mentale assurent aux intervenants une formation et une supervision adaptées et continues concernant les troubles concomitants ;

Que les formations s'inscrivent dans une approche intégrée des services pour assurer les services les plus complets possible sans dédoublement ;

Que ces formations priorisent les troubles concomitants rencontrés les plus souvent chez la clientèle aux prises avec un problème de dépendance et affectant la rétention et l'efficacité du traitement ;

Que les formations priorisent l'acquisition des compétences-clés requises pour actualiser les recommandations du présent comité.

L'instrumentation clinique

Considérant l'importance d'identifier rapidement les symptômes cliniques des troubles mentaux chez la clientèle et de l'orienter adéquatement vers le type de traitement approprié selon sa situation ;

Considérant l'importance d'objectiver le dépistage, l'évaluation et le traitement à l'aide d'instruments cliniques reconnus sur le plan scientifique ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT utilisent et fassent la promotion d'instruments de dépistage, d'évaluation et de traitement reconnus comme étant rigoureux et efficaces sur le plan clinique et scientifique.

Recommandations visant la recherche

La prévalence

Considérant l'importance de mieux connaître la prévalence des troubles concomitants chez les adultes et les adolescents au Québec ;

Considérant l'importance d'utiliser des instruments adaptés aux caractéristiques et aux besoins de la clientèle ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT collaborent activement avec les groupes de recherche à l'enrichissement des connaissances, à l'évaluation des pratiques et des instruments, à l'expérimentation de nouveaux outils pour améliorer la qualité des interventions auprès des adolescents et des adultes présentant des troubles concomitants.

L'appui à l'organisation des services et à l'intervention

Considérant le manque de précision des données sur la prévalence des troubles concomitants dans la population générale du Québec ;

Considérant que cette imprécision empêche une planification de services adaptés aux caractéristiques et besoins spécifiques de ces personnes ;

Considérant que seulement une minorité des personnes souffrant de troubles concomitants recherche de l'aide ;

Considérant que la reconnaissance de la prévalence des troubles concomitants dans nos centres de traitement ne constitue qu'une partie de la solution à ce problème ;

Nous recommandons :

Que les CRPAT et leurs partenaires invitent les groupes de recherche à orienter leurs travaux vers une connaissance plus précise des caractéristiques et besoins spécifiques des personnes de la population générale présentant des troubles concomitants, pour permettre la planification d'actions et de services mieux adaptés à la réalité de ces individus.

Conclusion

La démarche du comité de travail visait principalement quatre objectifs précis :

- Faire le point sur les résultats de recherches et les rapports produits dans ce domaine au cours des dernières années ;
- Connaître le taux de prévalence du phénomène des troubles concomitants chez la clientèle des centres de réadaptation ;
- Produire un état de situation de l'organisation des services actuels ; et enfin
- Identifier des recommandations spécifiques dans une perspective d'amélioration des services à la clientèle adolescente et adulte.

Les principales constatations du comité auront été que :

- La prévalence de troubles mentaux concomitants à la toxicomanie ou au jeu est élevée ;
- Les services restent peu développés et des écarts importants quant à l'organisation et la distribution de services sur chacun des territoires au niveau provincial subsistent ;
- La formation du personnel en matière de troubles mentaux chez la clientèle adolescente et adulte paraît lacunaire, tout comme la collaboration entre les partenaires impliqués ;
- La majorité des CRPAT n'utilisent pas systématiquement des instruments valides et fiables pour dépister puis, le cas échéant, pour évaluer les troubles mentaux. De leur côté, les ressources s'adressant aux personnes souffrant de troubles mentaux n'appliquent pas suffisamment les outils permettant de dépister la toxicomanie ou le jeu ;
- Comme les collaborations entre les distributeurs de services impliqués dans ce secteur sont peu formalisées (réseau public et communautaire), les efforts devront se poursuivre en concertation avec tous les partenaires de la santé mentale pour favoriser une réelle intégration des services afin de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes.

Conscient de l'importance de cette problématique et de la nécessité d'actions immédiates pour améliorer le sort réservé à cette clientèle, le comité souhaite que les recommandations émises, s'inspirant des pratiques les plus prometteuses dans ce domaine, soient utiles aux gestionnaires et aux cliniciens dans les interventions à poser pour améliorer les services à la clientèle.

Annexe 1

Diagnostiques des clientèles connaissant des problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu

Diagnostic d'abus

L'abus de substance se reconnaît par la présence de conséquences indésirables, récurrentes et significatives liées à une utilisation répétée de la substance. Les « problèmes doivent survenir de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois »⁴⁶.

Nous reproduisons ici le texte concernant les critères spécifiques.

- « **A.** Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
- (1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères);
- (2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance);
- (3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance);
- (4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par

les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

- B.** Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance » (American Psychiatric Association, 2003, p. 230).

Diagnostic de dépendance

« La caractéristique essentielle de la dépendance à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive »⁴⁷.

Les auteurs ajoutent que « bien qu'il ne soit pas spécifiquement cité comme critère, le manque (envie impérieuse d'utiliser la substance) est susceptible d'être éprouvé par la plupart des sujets (sinon tous) qui présentent une dépendance à une substance »⁴⁸.

« Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- (1) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a)** besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - b)** effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

- (2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
- a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- (3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- (4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- (5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
- (6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- (7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool). » (American Psychiatric Association, 2003, p. 230)

Le diagnostic doit être complété par la mention de la présence ou non de dépendance physique.

Diagnostic de jeu pathologique

La problématique liée aux habitudes de jeu de hasard et d'argent est tout d'abord définie, dans son pôle plus prononcé, par le diagnostic de jeu pathologique tel que retrouvé dans le DSM-IV-TR. Rappelons que l'élément essentiel du jeu pathologique est une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel : ⁴⁹

- A. « Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
- (1) préoccupation par le jeu (par ex., préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer) ;
 - (2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré ;
 - (3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu ;
 - (4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu ;
 - (5) joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par ex., des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression) ;
 - (6) après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire ») ;
 - (7) ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu ;
 - (8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu ;

(9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu ;

(10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un Épisode maniaque. »

Le diagnostic de jeu pathologique ne permet d'établir qu'un seul niveau de gravité de la problématique de jeu. Les CRPAT ne limitent donc pas l'accès à leurs services aux seules personnes répondant à tous les critères nécessaires pour établir ce diagnostic ; ils offrent aussi leurs services à celles présentant seulement certains des critères présents dans le jeu dit pathologique, mais en nombre insuffisant pour poser un diagnostic.

Annexe 2

Entente formelle entre le CRPAT Pavillon Foster et l'Hôpital Douglas

ENTENTE DE SERVICES PROFESSIONNELS

LE PAVILLON FOSTER

un centre de réadaptation, sis au 6, rue Foucreault, Saint-Philippe-de-Laprairie, (Québec), dûment représenté par M. John Topp, Directeur général.

Et

L'HÔPITAL DOUGLAS

un hôpital de soins psychiatriques, sis au 6875, boul. LaSalle, Verdun, dûment représenté par M. Jacques Hendlisz, Directeur général.

Conviennent des modalités suivantes :

Introduction

Considérant les bénéfices potentiels pour les organisations et leurs clientèles respectives, la présente entente de services professionnels décrit les droits et les obligations des deux parties, définit leurs besoins et attentes ainsi que leurs limites et les modalités de règlement des litiges.

OBLIGATIONS DU PAVILLON FOSTER ENVERS :

(1) Les clients référés par l'Hôpital Douglas

1.1 Offrir des services de réadaptation en externe aux clients anglophones référés par l'Hôpital Douglas qui présentent des problèmes de toxicomanie aigus concomitants avec un désordre psychiatrique stable.

1.2 Offrir des services de réadaptation en interne aux clients anglophones référés par l'Hôpital Douglas qui présentent des problèmes de toxicomanie aigus concomitants avec un désordre psychiatrique stable. L'admission se limitera à un client par semaine.

1.3 Admettre au programme interne, sur une base exceptionnelle, des mineurs anglophones (17 ans).

(2) Les clients référés à l'Hôpital Douglas

2.1 Maintenir un dossier ouvert pour les clients transférés et reprendre les services (dans un délai minimal) après le traitement et la stabilisation à l'Hôpital Douglas. Ceci inclut une réadmission à l'interne, le cas échéant.

2.2 S'assurer que tous les patients référés ou transférés pour une consultation et/ou une hospitalisation à l'Hôpital Douglas aient en leur possession les documents nécessaires : le Pavillon Foster fournira l'information pertinente et confirmera aussi que l'on permettra au patient de reprendre le traitement au Pavillon Foster après le traitement à l'Hôpital Douglas.

(3) Les services offerts au personnel de l'Hôpital Douglas

- 3.1** Offrir une formation spécialisée dans le dépistage de la toxicomanie et de l'intervention précoce au personnel de l'Hôpital Douglas. Les modalités de ces sessions de formation, incluant l'identification des participants, la durée et la fréquence des formations seront décidées en accord avec les deux parties.

LES OBLIGATIONS DE L'HÔPITAL DOUGLAS ENVERS :

(4) Les clients référés par le Pavillon Foster

- 4.1** Offrir un accès rapide (de 3 à 5 jours) en consultation externe aux clients référés par le Pavillon Foster pour consultation diagnostique, y compris une révision de la médication ou de la comorbidité selon l'axe I, lorsque ces patients n'ont pas accès à des services psychiatriques immédiats et appropriés.
- 4.2** Offrir rapidement (de 1 à 2 jours) des consultations psychiatriques par téléphone au personnel du Pavillon Foster.
- 4.3** Offrir un accès immédiat (le jour même, 24/7) aux soins d'urgence (incluant l'admission brève lorsque nécessaire) aux clients transférés du Pavillon Foster nécessitant une admission pour une clarification du diagnostic et une stabilisation d'un état de comorbidité selon l'axe I (incluant une désintoxication à faible risque), afin qu'ils puissent poursuivre leur réadaptation au Pavillon Foster, lorsque ces patients n'ont pas accès à des services psychiatriques immédiats et appropriés.
- 4.4** Permettre l'accès aux formations publiques au personnel du Pavillon Foster.

(5) Limitations

- 5.1** L'Hôpital Douglas et le Pavillon Foster se réservent le droit de refuser l'accès aux services qui, après discussion avec leurs professionnels respectifs, ne sont pas appropriés aux patients.

(6) Durée et révision de l'entente de services

- 6.1** Un comité de révision composé des représentants des deux institutions se réunira au besoin pour réviser l'entente et proposer des modifications, le cas échéant.
- 6.2** L'entente de services est renouvelable annuellement.
- 6.3** Les deux parties peuvent annuler l'entente de services avec un préavis de quatre-vingt-dix (90) jours.

(7) Signatures

Annexe 3

Informations sur la Clinique Cormier-Lafontaine

Clinique Cormier-Lafontaine

De nombreuses études montrent qu'une proportion importante des personnes, qui présentent un problème de toxicomanie, sont en même temps porteuses d'une difficulté en regard de leur santé mentale et que les personnes, qui présentent un problème de santé mentale, connaissent fréquemment une surconsommation de substances psychoactives. Ces personnes sont souvent victimes d'exclusion par manque de services adaptés. Bien qu'il soit de plus en plus reconnu, tant dans le milieu de la santé mentale que dans celui de la toxicomanie, qu'une approche intégrée est nécessaire pour faire face aux difficultés posées par l'intervention auprès de cette clientèle, les ressources offrant une telle approche sont très peu nombreuses à Montréal, comme ailleurs au Québec.

La Clinique Cormier-Lafontaine, un projet conjoint de l'hôpital Louis H.-Lafontaine et du Centre Dollard-Cormier, a été créée pour combler cette lacune et offrir à la population de la région de Montréal-Centre, des services intégrés aux personnes qui présentent à la fois des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. L'équipe de la Clinique est multidisciplinaire et formée de professionnels (psychiatrie, psychologie, nursing, travail social, éducation spécialisée) provenant des deux établissements.

Les services offerts par la Clinique pour lui permettre d'exercer sa mission peuvent prendre plusieurs formes :

- Dispenser des services de troisième ligne à cette clientèle, c'est-à-dire l'évaluation sur référence d'un organisme de deuxième ligne et une intervention de stabilisation à l'externe. Les partenaires assurent la prise en charge subséquente à celle de la Clinique.
- Favoriser le rapprochement entre les réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie en encourageant le partage des connaissances et des expertises. Elle offre des services de consultation aux intervenants de ces réseaux.
- Être un lieu de formation et accueillir des stagiaires de diverses disciplines, des résidents en médecine (psychiatrie ou médecine générale) et des intervenants du réseau désireux de développer une expertise en comorbidité.
- Diffuser des connaissances de pointe, développer des pratiques novatrices adaptées aux besoins de cette clientèle et mener des recherches en comorbidité.

Ces services, accessibles aux ressources de deuxième ligne, s'adressent tant aux ressources institutionnelles que communautaires dans les secteurs de la toxicomanie et de la psychiatrie.

Au cours des prochaines années, un des objectifs essentiels de la Clinique Cormier-Lafontaine sera de développer un réseau de collaboration avec ses partenaires de la santé mentale et de la toxicomanie. Elle a également pour objectif de développer une clinique intensive de jour pour des groupes d'utilisateurs.

Références

- 1** **ALARIE, S. (2001).** *Rapport des « focus group » sur les doubles problématiques toxicomanie et santé mentale.* Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal. In L. Nadeau, « Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux ». *Santé mentale au Québec*, 26, pp. 2-21.
- 2** **CARPENTIER, GUY, DAOUST, RÉAL, LANDRY, MICHEL. (MAI 1993).** *Rapport du comité santé mentale-toxicomanie.* Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. 18 p.
- 3** **TREMBLAY, JOËL ET AL. (2004).** *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique.* Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, 70 p.
- 4** **TREMBLAY, JOËL ET AL. (2004).** *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique.* Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, p. 3.
- 5** **SANTÉ CANADA. (2002).** *Meilleures Pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie.* Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada, N° de cat. H39-599-2001-2f, p. 8.
- 6** **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000).** Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). Paris : Masson, 1120 p.
- 7** **COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE DU QUÉBEC. (2003).** *La consommation de psychotropes : Portrait et tendances au Québec.* Québec.
- 8** **CHEVALIER, S., HAMEL, D., LADOUCEUR, R., JACQUES, C., ALLARD, D., SÉVIGNY, S. (2004).** *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002.* Montréal et Québec : Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.
- 9** **PERRON, B., LOISELLE, J. (2003).** *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002.* Rapport d'analyse. Québec : Institut de la statistique du Québec, 240 p.
- 10** **CIARROCCHI J.W., RICHARDSON, R. (1989).** « Profile of Compulsive Gamblers in Treatment: Update and Comparisons ». *J Gambling Behavior*, 5, pp. 53-65.

LESIEUR, H.R., BLUME, S.B. (1991). « Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment using the Addiction Severity Index ». *British Journal of the Addictions*. 86, pp. 1017-1028.

CIARROCCHI, J.W. « Rates of Pathological Gambling in Publicly Funded Outpatient Substance Abuse Treatment ». *J.Gambling Studies*, 9, pp. 289-293.

Références

11

CUNNINGHAM-WILLIAMS, R.M., COTTLER, L.B., COMPTON, W.M., SPITZNAGEL, E.W., BEN ABDALLAH, A. (2000). « Problem Gambling and Comorbid Psychiatric and Substance Abuse Disorders Among Drug Users Recruited from Drug Treatment and Community Settings ». *Journal of Gambling Studies*, 16.

FEIGELMAN, F., KLIENMAN, P.H., LESIEUR, H.R., MILLMAN, R.B., LESSER, M.L. (1995). « Pathological Gambling Amongst Methadone Clients ». *Drug Alcohol Dependence*, 39, 75-81.

HALL, G.W., CARRIERO, N.J., TAKUSHI, R.Y., MONTOYA, I.D., PRESTON, K.L., GORELICK, D.A. (2000). « Pathological Gambling Amongst Cocaine-Dependent Outpatients ». *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1127-1133.

TONEATTO, T., BRENNAN, J. (2002). « Pathological Gambling in Treatment-Seeking Substance Abusers ». *Addictive Behaviors*, 27, pp. 465-469.

12

PAPINEAU, É., ALLARD, D., KIMPTON, M.-A., AUDET, C. (2005). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs – Le point de vue des intervenants. Institut national de santé publique du Québec. p. 26.

13

SANTÉ CANADA. (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. Ottawa, Canada.

14

BRETON, JEAN-JACQUES. (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*. Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.

15

REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J. JUDD, L. L., GOODWIN, F. K. (1990). « Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study ». *Journal of the American Medical Association*. 264, pp. 2511-2518.

16

GRANT, B.F. PHD, STINSON, F. S., PHD, DAWSON, D. A., PHD, CHOU, S. P., PHD, DUFOUR, M. C., MD, MPH, COMPTON, W., MD, PICKERING, R.P., MS, KAPLAN, K., BS. *Prevalence and Cooccurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders*. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Arch Gen Psychiatry*. 61, pp. 807-816.

17

GUNDERSON, J.G., PHILLIPS, K.A. (1995). *Personality disorders*. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock Eds. *Comprehensive textbook of psychiatry VI*. Baltimore: Williams & Wilkins. pp. 1425-1461.

18

NADEAU, L., LANDRY, M., RACINE, S. (1999). « Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction ». *Canadian journal of psychiatry*. 44, pp. 592-596.

19

CHAMBERLAND, A., BOIVIN, M.D., DIGUER, L. (1999). « Les troubles de personnalité chez les toxicomanes : vers une concordance des mesures d'évaluation ». *Psychotropes*. 5, pp. 41-62.

20

MERCIER, C., BEAUCAGE, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Références

- 21** GRELLA, C.E., JOSHI, V. (2003). « Treatment Processes and Outcomes Among Adolescents With a History of Abuse Who are in Drug Treatment ». *Child Maltreatment*. Vol. 8 (1), pp. 7-18.
- 22** TIMS, F. M., DENNIS, M. L., HAMILTON, N., BUCHAN, B. J., DIAMOND, G. S., FUNK, R., BRANTLEY, L. B. (2002). « Characteristics and Problems of 600 Adolescents Cannabis Abusers in Outpatient Treatment ». *Addiction*. 97, pp. 46-57.
- 23** VITARO, F., RORIVE, M., ZOCCOLILLO, M., ROMANO, E., TREMBLAY, R.E. (2001). « Consommation de substances psychoactives, troubles de comportement et sentiments dépressifs à l'adolescence ». *Santé mentale au Québec*. 26, pp. 106-131.
- 24** GALANTER, M., CASTANEDA, R. (1988). « Substance abuse among general psychiatric patients: Place of presentation, diagnosis, and treatment ». *American journal of drug and alcohol abuse*. 14, pp. 211-235.
- 25** DRAKE, R.E., ALTERMAN, A.L., ROSENBERG, S.R. (1993). « Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients ». *Community Mental Health Journal*. 29, pp. 175-192.
- SCIACCA, K. (1991). « An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders ». *New Directions for Mental Health Services*. 50, pp. 69-84.
- 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, pp. 30-39.
- 26** RUSH, BRIAN, PH.D. (2004). *Les troubles concomitants : leur prévalence, leurs répercussions et l'importance du dépistage*. Présentation dans le cadre du Symposium estival national sur les toxicomanies, Troubles concomitants : les Meilleures Pratiques et leur mise en œuvre.
- 27** FLYNN, P.M., CRADDOCK, S.G., LUCKEY, J.W., HUBBARD, R.L., DUNTEMAN, D.H. (1996). « Comorbidity of Antisocial Personality and Mood Disorders among Psychoactive Substance-Dependent Treatment Clients ». *Journal of Personality Disorders*. 10(1), pp. 56-67.
- 28** NAC. (1997). *Improving Services for Individuals at Risk of or with Co-Occurring Mental Health Disorders*. National Advisory Council, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Rockville, Maryland : SAMHSA. www.toad.net/-arcturus/dd/peppdown.htm
- 29** KESSLER, R.C., MCGONAGLE, K., ZHAO, S., NELSON, C.D., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEM, H., KENDLER, K. (1994). « Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States ; Results from the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry*. 51, pp. 8-19.
- 30** STATISTIQUE CANADA. (3 SEPTEMBRE 2003). « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être ». *Le Quotidien*.
- 31** SACKS, S., RIES, R.K. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42*. DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Références

32

BROCHU, S., MERCIER, C. (1992). « Les doubles problématiques avec une composante de toxicomanie : état de la littérature ». *Psychotropes*. 7, pp. 7-20.

HOOD, C., MANGHAM, C., MCGUIRE, D., LEIGH, G. (1996). *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substance*. Bibliographie annotée & Analyse détaillée de la littérature. Ottawa : Santé Canada.

LEHMAN, A.F., MYERS, C.P., CORTY, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community psychiatry*. 40, pp. 1019-1025.

MOREIRA, F., MALO, G., COUSINEAU, D. (1991). « Le double diagnostic : l'association de troubles psychiatriques et d'abus de psychotropes ». *Le médecin du Québec*. Octobre. pp. 59-67.

SCIACCA, K. (1991). « An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders ». *New Directions for Mental Health Services*. 50, pp. 69-84.

33

NADEAU, L. (2001). « Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux ». *Santé mentale au Québec*. 26, pp. 2-21.

34

SANTÉ CANADA. (2002). *Meilleures Pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada. N° de cat. : H39-599- 2001-2f. 105 p.

35

COMITÉ PERMANENT SUR LES TROUBLES CONCOMITANTS. (2005). *Boîte à outils – Instruments de dépistage des troubles mentaux*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

36

SANTÉ CANADA. (2002). *Meilleures Pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-599-2001-2f, p. 17.

37

SANTÉ CANADA. (2002). *Meilleures Pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-599-2001-2f, p. 19.

38

SANTÉ CANADA. (2002). *Meilleures Pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-599-2001-2f, p. 17.

39

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. (2002). Report to Congress on the Prevention and Treatment of Co-Occurring Substance Abuse Disorders and Mental Disorders. Rockville, MD : SAMHSA.

40

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS AND NATIONAL ASSOCIATION OF STATE ALCOHOL AND DRUG ABUSE DIRECTORS. (2002). *Exemplary Methods of Financing a Service Program for Persons with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders*. Alexandria, VA and Washington, DC: NASMHPD/NASADAD.

Références

- 41** Adaptation québécoise d'un modèle d'intégration pour intervention auprès des personnes vivant des troubles mentaux concomitants à des troubles liés aux substances psychoactives réalisée par le Comité permanent sur les troubles concomitants, FQCRPAT, d'après le modèle américain du NASMHPD/NASADAD (1999) disponible en ligne à <http://alt.samhsa.gov/reports/congress2002/index.html>.
- 42** MÉNARD, JEAN-MARC. (2004). *Un état de situation de l'organisation des services en matière de troubles concomitants dans les centres de réadaptation membres de la FQCRPAT*. Rapport rédigé pour le Comité permanent sur les troubles concomitants. FQCRPAT.
- 43** MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens », 2005, page 62.
- 44** FQCRDI, ACJQ, AERDPQ, FQCRPAT. (2004). *Guide des établissements spécialisés à vocation régionale (établissements de réadaptation et centres jeunesse) concernant le projet clinique*. Québec.
- 45** Tiré du préambule de : FQCRDI, ACJQ, AERDPQ, et FQCRPAT. (2004). *Guide des établissements spécialisés à vocation régionale (établissements de réadaptation et centres jeunesse) concernant le projet clinique*. Québec.
- 46** AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). Paris : Masson, p. 229.
- 47** AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). Paris : Masson, pp. 222-228.
- 48** AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). Paris : Masson, p. 224.
- 49** AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). Paris : Masson, pp. 772-778.

Les centres membres de la FQCRPAT

L'ESTRAN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP (01)

75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec)
G5R 2A4
Tél. : (418) 868-1010
Télé. : (418) 868-0530
lestran@ri.cgocable.ca

CENTRES JEUNESSE DU SAGUENAY – LAC-SAINT-JEAN (02)

520, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 8A2
Tél. : (418) 549-4853
Télé. : (418) 693-0768
www.cjsalac.qc.ca

CARREFOUR DE SANTÉ DE JONQUIÈRE (02)

2230, rue de l'Hôpital
Jonquièrre (Québec)
G7H 7X2
Tél. : (418) 695-7710
Télé. : (418) 695-7716
www.carrefoursante.qc.ca

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE (03)

2525, chemin de la Canardière
Beauport (Québec)
G1J 2G3
Tél. : (418) 663-5008
Télé. : (418) 663-6575

CENTRES JEAN LAPOINTE – ADOLESCENT(E)S (03)

1, avenue du Sacré-Cœur, 5^e étage
Québec (Québec)
G1N 2W1
Tél. : (418) 523-1218
Télé. : (418) 523-0210
adosqc@centrejeanlapointe.qc.ca

DOMRÉMY MAURICIE – CENTRE-DU-QUÉBEC (04)

440, rue Des Forges
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2H5
Tél. : (819) 374-4744
Télé. : (819) 374-4502
www.domremymcq.ca

CENTRE JEAN-PATRICE CHIASSON/ MAISON ST-GEORGES (05)

1930, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec)
J1H 2A2
Tél. : (819) 821-2500
Télé. : (819) 563-8322

CENTRE DOLLARD-CORMIER (06)

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8
Tél. : (514) 385-0046
Télé. : (514) 385-5728
www.centredollardcormier.qc.ca
www.joueur-excessif.com
www.jeu-pathologique.com

CRAN inc. (06)

110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec)
H2X 1S7
Tél. : (514) 527-6939
Télé. : (514) 527-0031
info@cran.qc.ca
www.cran.qc.ca

MAISON JEAN LAPOINTE (06)

111, rue Normand
Montréal (Québec)
H2Y 2K6
Tél. : (514) 288-2611
Télé. : (514) 288-2919
www.maisonjeanlapointe.com

Les centres membres de la FQCRPAT

PORTAGE (06)

865, Square Richmond
Montréal (Québec)
H3J 1V8
Tél. : (514) 939-0202
Télééc. : (514) 939-3929
www.portage.ca

CENTRE JELLINEK (07)

25, rue Saint-François
Gatineau (Québec)
J9A 1B1
Tél. : (819) 776-5584
Télééc. : (819) 776-0255
www.jellinek.org

CENTRE NORMAND (08)

621, rue Harricana
Amos (Québec)
J9T 2P9
Tél. : (819) 732-8241
Télééc. : (819) 727-2210

CENTRE LE CANAL (09)

659, boul. Blanche
Baie-Comeau (Québec)
G5C 2B2
Tél. : (418) 589-5704
Télééc. : (418) 295-1773

CENTRE L'ESCALE/CENTRE DE SANTÉ DE LA HAUTE-GASPÉSIE (11)

50, rue du Belvédère
Sainte-Anne-des-Monts (Québec)
G4V 1X4
Tél. : (418) 763-2261
Télééc. : (418) 763-7460

CENTRE DE RÉADAPTATION EN ALCOOLISME ET TOXICOMANIE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)

253, Route 108
Beauceville (Québec)
G5X 2Z3
Tél. : (418) 774-3304
Télééc. : (418) 774-4423

CENTRE LE MAILLON DE LAVAL (13)

308 A, boul. Cartier Ouest
Laval (Québec)
H7N 2J2
Tél. : (450) 975-4054
Télééc. : (450) 975-4053

LE TREMPLIN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE (14)

154, rue Visitation
Saint-Charles-Borromée (Québec)
J6E 4N3
Tél. : (450) 755-6655
Télééc. : (450) 755-6766

CENTRE ANDRÉ-BOUDREAU (15)

910, rue Labelle
Saint-Jérôme (Québec)
J7Z 5M5
Tél. : (450) 432-1395
Télééc. : (450) 432-8654

LE VIRAGE (16)

5110, boul. Cousineau, 4^e étage
Saint-Hubert (Québec)
J3Y 7G5
Tél. : (450) 443-2100
Télééc. : (450) 443-0522

PAVILLON FOSTER (Suprarégional)

6, rue Foucreault
Saint-Philippe-de-Laprairie (Québec)
JOL 2K0
Tél. : (450) 659-8911
Télééc. : (450) 659-7173

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES
ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES



204, rue Notre-Dame Ouest, bureau 350 • Montréal (Québec) • H2Y1T3
Téléphone : (514) 287-9625 • Télécopieur : (514) 287-9649
Site Internet : www.fqcrpat.org • Courriel : fqcrpat@fqcrpat.qc.ca