

**Pour une intervention efficace  
en matière de troubles concomitants  
de santé mentale et de dépendance**

**Ententes de partenariat,  
formation et dépistage**

**Comité permanent  
sur les troubles concomitants  
de l'Association des centres de réadaptation  
en dépendance du Québec**

**18 décembre 2008**





L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) est une association d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ses membres sont des centres de réadaptation ou des organismes apparentés qui offrent des services spécialisés aux personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. Il s'agit du seul réseau provincial entièrement dédié à ces personnes.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD), présents dans toutes les régions du Québec, offrent leurs services 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.

L'Association offre des services de soutien à ses membres autant sur le plan clinique que sur le plan de la gestion et leur fournit une tribune de partage de leur expertise, de leurs connaissances, de leurs réalités. De plus, l'Association représente ses membres auprès des instances gouvernementales et auprès d'un vaste réseau de partenaires avec qui ils sont en relation.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>Ententes de partenariat</b> .....	<b>8</b>
1.1	<i>Le contexte du partenariat</i> .....	8
	Le plan d'action ministériel en santé mentale « La force des liens ».....	9
	Les réseaux locaux et les projets cliniques.....	10
	La vision de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec .....	11
1.2	<i>L'état de la coordination des services en matière de troubles concomitants au sein des centres de réadaptation membres de l'ACRDQ</i> .....	13
	<i>Le contexte de la démarche</i> .....	13
	<i>Le cadre d'analyse</i> .....	14
	<i>La méthodologie et les limites</i> .....	14
	<i>Les résultats obtenus</i> .....	16
	<i>En guise de conclusion</i> .....	22
1.3	<i>Les fondements d'un système intégré efficace : éléments retenus par le Sous-comité sur les ententes de partenariat</i> .....	26
	Des valeurs communes.....	26
	Des principes partagés.....	27
	Des stratégies gagnantes .....	28
<b>2</b>	<b>Formation sur les troubles concomitants</b> .....	<b>31</b>
2.1	<i>La mise en contexte</i> .....	31
2.2	<i>Les principes directeurs au regard de la formation</i> .....	32
	Les compétences clés à cibler dans le cadre des formations de niveau 1 .....	34
<b>3</b>	<b>Dépistage des troubles concomitants</b> .....	<b>35</b>
3.1	<i>La mise en contexte</i> .....	35
3.2	<i>Les principes directeurs au regard du dépistage des troubles concomitants</i> .....	37
	Définitions .....	37
	Pourquoi dépister .....	38
	Que dépister.....	38
	Instruments et processus de dépistage.....	39
	<i>La mise en œuvre des méthodes de dépistage</i> .....	41
	Au niveau de l'intégration des mesures à l'environnement régional du réseau de la santé et des services sociaux .....	41
	Au niveau des modes organisationnels.....	42
	Au niveau des activités cliniques entreprises par les intervenants.....	42
<b>4</b>	<b>Messages clés et recommandations</b> .....	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>Principale bibliographie</b> .....	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>Annexe 1. Modèles d'ententes de partenariat</b> .....	<b>50</b>
	<b>Annexe 2. Références pour l'élaboration de formation</b> .....	<b>57</b>
	<b>Annexe 3. Quelques outils et procédures de dépistage</b> .....	<b>58</b>

## CONTRIBUTIONS

L'Association souhaite remercier les membres du comité pour leur contribution au présent document :

Candide Beaumont, conseillère clinique, ACRDQ

Anne-Marie Blanchard, coordonnatrice du programme Dépendances,  
CRD Le Tremplin

Rachel Charbonneau, coordonnatrice clinico-administrative, Programme spécialisé adulte, Centre  
Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances

Gilles Cuillerier, coordonnateur à la Direction de la recherche et du développement universitaire  
(DRDU), Centre Dollard-Cormier- - Institut universitaire sur les dépendances

Jean-Marc Ménard, coordonnateur des services professionnels  
Centre de réadaptation Domrémy Mauricie/Centre du Québec

Tous ont approuvé le contenu du document.

### Autre collaboration

Dr David Ross, Pavillon Foster, ex-président du Comité sur les troubles concomitants de  
l'Association

Les centres de réadaptation ayant répondu avec diligence et professionnalisme aux  
questionnaires et participé aux groupes de discussion

Travaux de secrétariat : Louise Montpetit, ACRDQ  
Révision linguistique : Jacinthe Rouisse, ACRDQ

À toutes ces personnes, un grand merci.

## Introduction

Puisqu'une proportion importante des clients des CRD est aux prises avec des troubles mentaux, l'Association a mis sur pied, en 2002, un comité permanent ayant pour mission de favoriser le développement et l'application de mesures d'intervention efficaces auprès de ces personnes.

Pour désigner cette problématique, l'Association a retenu le terme « troubles concomitants » qui est habituellement réservé aux personnes manifestant une « [...] combinaison de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques et de problèmes d'abus d'alcool et/ou de drogues psychoactives [...] 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* »<sup>1</sup>.

Tous les jours, les intervenants des centres de réadaptation en dépendance offrent leur aide à des personnes manifestant un trouble mental. Des données récentes indiquent même que de 75 % à 100 % des personnes recevant des services de toxicomanie éprouvent des problèmes concomitants de santé mentale<sup>2</sup>. Quatre hypothèses principales sont rapportées dans la littérature pour expliquer pourquoi certaines personnes présentent une telle panoplie de symptômes :

- 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<sup>3</sup>.

Plusieurs reçoivent des services efficaces. Mais tous les jours, dans nos centres de réadaptation en dépendance et dans les services de santé mentale, de nombreuses interventions auprès de personnes aux prises avec des troubles concomitants de dépendance et de santé mentale pourraient donner de meilleurs résultats si la concomitance de ces problèmes, parfois dépistée, pouvait être considérée dans le type et la trajectoire de services. Trop souvent, l'impact des efforts des cliniciens auprès de ces personnes sera minimisé, temporaire ou annulé parce que l'interrelation entre les éléments du portrait clinique n'aura pas pu être prise en compte efficacement.

---

1 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.

2 Méthodes de dépistage des troubles concomitants (2006) centre de toxicomanie et de santé mentale. Available in English under the title *Navigating Screening Options for Concurrent Disorders*, RÉDACTION : Martha Ayim, CAMH, Nick Gamble, CAMH. TRADUCTION, RÉVISION : Fitzgerald & Dionne Evelyne Barthès McDonald, CAMH citant RUSH, B., N. ZASLAVSKA ET S. VELDHIJZEN. 2005. A Comparison of Alternative Approaches for Screening for Substance Abuse in Two Community Mental Health Services, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

3 CENTRE DE RÉADAPTATION DOMRÉMY MAURICIE CENTRE-DU-QUÉBEC, *Proposition d'un modèle régional d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*, Jean-Marc Ménard, août 2001, page 2.

Les intervenants reçoivent la plupart du temps cette clientèle dans le contexte de leur programme régulier, quoique certains travaillent aussi dans le cadre d'un programme ciblant plus spécifiquement les troubles concomitants.

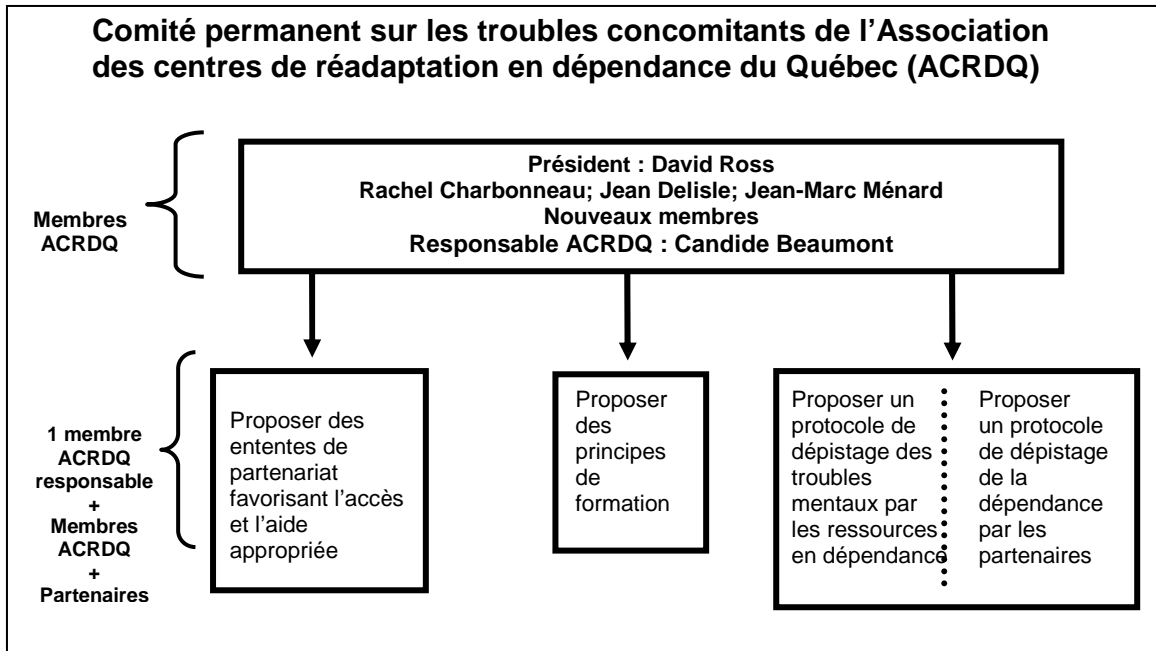
Dans le contexte de déploiement des réseaux locaux de services et de définition des projets cliniques pour chacun des territoires du Québec, l'ACRDQ a souhaité faire le point sur les connaissances nationales et internationales en matière de troubles concomitants et sur l'organisation actuelle des services de ses membres au regard de cette clientèle spécifique, et 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. La publication, en décembre 2005, du document *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*<sup>4</sup> donnait le coup d'envoi à la mise en œuvre du plan d'action approuvé par les instances de l'Association.

Suite à cette publication, et comme l'avaient déjà recommandé soixante intervenants des CRD réunis en journée d'étude sur le sujet, les membres du Comité permanent sur les troubles concomitants ont retenu qu'ils devaient maintenant entreprendre, avec l'approbation de la Table des responsables cliniques, des travaux qui devaient leur permettre :

- de proposer des modèles d'ententes de partenariat et les fondements des modèles les plus efficaces;
- de suggérer des principes de formation aux intervenants impliqués auprès de cette clientèle;
- de proposer un protocole de dépistage des troubles mentaux par les ressources travaillant principalement en dépendance et de collaborer à établir un protocole de dépistage de la dépendance parmi la clientèle de nos partenaires des services de santé mentale.

---

4 FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, Comité permanent sur les troubles concomitants (2005), *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, 48 p. Disponible sur <http://www.fqcrpat.org/trouble.php>, à la dernière visite le 15 mai 2007.



Devant l'ampleur du travail à réaliser et le peu de ressources disponibles, le comité a décidé de créer des sous-comités qui s'adjoindraient de nouveaux membres et des partenaires. Il a aussi été convenu que, à défaut de disposer de toutes les conditions gagnantes pour atteindre ces objectifs, le comité ferait de son mieux avec les ressources et les conditions disponibles, qu'il progresserait dans ses travaux pas à pas et qu'il recommanderait aussi aux ressources impliquées dans le développement de services aux personnes aux prises avec un trouble concomitant d'en faire autant.

Ce document a donc été produit, pour soumission et discussion auprès de certains partenaires du réseau de la santé mentale et communautaire. C'est donc un travail encore en évolution.

# 1 Ententes de partenariat

## 1.1 Le contexte du partenariat

Dans son document *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, le Comité permanent sur les troubles concomitants de l'ACRDQ recommandait<sup>5</sup> :

- 1.- que les CRD favorisent actuellement l'implication et la collaboration des partenaires en santé mentale et en réinsertion sociale, tout en étant ouverts à partager leur expertise en toxicomanie et en jeu pathologique;
- 2.- que les CRD formalisent des ententes de services 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 l'ACRDQ et les associations d'établissements concernées, inspirant notamment les projets cliniques de chaque région.

De façon à promouvoir la mise en œuvre de ces deux recommandations, le comité confiait à un sous-comité le mandat de détailler les perspectives de collaboration entre les services en santé mentale et les centres spécialisés en dépendance.

Visant la concertation avec **TOUS** les partenaires de la santé mentale pour favoriser une réelle intégration des services et ainsi répondre adéquatement aux besoins de ces personnes, le Sous-comité sur les ententes de partenariat s'est donné les trois objectifs suivants pour favoriser la mise en œuvre des recommandations de l'ACRDQ :

- Tracer un état de situation sur les pratiques d'intervention intégrées en matière de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie;
- Proposer des principes gagnants pour réussir des ententes de partenariat;
- Proposer des modèles de partenariat entre les différentes ressources impliquées envers la clientèle connaissant des troubles concomitants, modèle pouvant inspirer les ententes à établir dans chaque région.

Dès le début de ses travaux, le sous-comité a constaté une certaine évolution de la situation depuis la parution de ses recommandations en 2005. Cette évolution se reflète par :

- un consensus des CRD sur la prévalence élevée de troubles concomitants chez sa clientèle;

---

5 FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, Comité permanent sur les troubles concomitants (2005), *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, pages 16, 17.



- l'existence de plusieurs modalités d'échanges informels, non traduites par des protocoles formalisés, entre les partenaires de la santé mentale et de la toxicomanie;
- l'élaboration et la mise en œuvre de projets ponctuels.

De plus, depuis quelques années, plusieurs acteurs ont souligné le besoin et commencé à tracer les balises de diverses formes de partenariat et d'intégration des services pour la clientèle vivant des troubles concomitants.

Les travaux du comité se situent notamment dans le contexte :

- de la mise en œuvre du plan d'action ministériel « La force des liens » du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- des efforts de concertation des réseaux locaux de services, devant être propulsés dans le cadre des projets cliniques;
- des travaux et des engagements de l'ACRDQ et de ses membres en matière de troubles concomitants.

Beige – R 185 - G 171 - B150

### ***Le plan d'action ministériel en santé mentale « La force des liens »***

Dans son document *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*<sup>6</sup>, le ministère de la Santé et des Services sociaux indique qu'il vise :

- a) l'accessibilité, la continuité et la qualité des services pour toute personne qui souffre d'un trouble mental ou qui présente un risque de suicide élevé;
- b) la hiérarchisation des services au niveau du guichet d'accès, du psychiatre et de l'équipe de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes, et le choix stratégique d'implanter en priorité les services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale;
- c) la mise en place de certains acteurs clés tels l'agent de liaison<sup>7</sup> et l'intervenant pivot<sup>8</sup>.

6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, 96 p. Sur Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>, consulté la dernière fois le 15 mai 2007. 7 « L'agent de liaison - La fonction d'agent de liaison est de première importance en santé mentale et est essentielle, particulièrement pour le fonctionnement harmonieux et efficace des services d'intervention en situation de crise. L'agent de liaison est appelé à assumer trois fonctions complémentaires : celle de créer un lien avec la personne concernée et son entourage, celle d'épauler l'ensemble du personnel travaillant auprès de la personne, celle de créer des ponts entre les ressources du milieu. » Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, 96 p. Sur Internet :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>, consulté la dernière fois le 15 mai 2007, page 71. 8 « L'intervenant pivot - Des activités de soutien et d'accompagnement peuvent être nécessaires pour permettre aux personnes aux prises avec les conséquences d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire élevé de se réapproprier le contrôle de leur vie. Ces activités s'inscrivent dans des services de soutien d'intensité variable, de soutien «postcrise» suicidaire ou de soutien à la vie dans des logements où la personne sera autonome. L'intervenant pivot (*case manager*) est la personne avec laquelle l'utilisateur de services crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il effectue lui-même certaines activités de soutien dont le choix a été déterminé avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. L'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne et il a une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir. Compte tenu du nombre important de fournisseurs de services associés au traitement, l'intervenant pivot travaille en interdisciplinarité. » Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, 96 p. Sur Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>, consulté la dernière fois le 15 mai 2007, page 71.

Le MSSS se positionne aussi au regard des partenaires du secteur des dépendances. Il indique que les mesures suivantes seront préconisées de façon à atteindre l'objectif d'établir une collaboration entre les divers programmes visés<sup>9</sup> :

- Au niveau national, le MSSS favorisera la diffusion d'information sur les expériences de travail commun réussies entre le réseau de la santé mentale et celui de la toxicomanie;
- Au niveau régional, les agences de la santé et des services sociaux régionales (ASSS) soutiendront la réalisation d'ententes de travail commun afin de faciliter la collaboration entre les centres de réadaptation et l'ensemble des CSSS d'une région;
- Au niveau local, les CSSS conviendront, dans le cadre de l'élaboration de leur projet clinique, du type de collaboration à établir pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

De plus, le MSSS fait clairement ressortir que les services d'urgence doivent s'adresser à toute personne qui vit une crise psychosociale ou psychiatrique, avec ou sans dimension suicidaire, ce qui inclut les personnes ayant un trouble mental et les personnes aux prises avec une dépendance.

La mise en place étagée du plan ministériel a permis de développer quelques projets novateurs, tant du secteur psychiatrique que de la toxicomanie, qui tendent vers des objectifs d'approche populationnelle, de concertation, de collaboration et de création d'un continuum de services appropriés pour cette clientèle. Toutefois, nous constatons, de façon générale, un écart entre les orientations ministérielles et les observations des intervenants sur le terrain quant à la mise en application de ces orientations

### *Les réseaux locaux et les projets cliniques*

Les CSSS doivent développer des projets cliniques en dépendance. Les démarches préalables à la réalisation de ces projets cliniques à implanter sur le plan local doivent mener à définir un portrait des besoins de la population du territoire à partir des profils démographique, socioéconomique et sanitaire, à inventorier les ressources et les services disponibles pour y répondre, à mesurer les écarts et à établir les cibles cliniques prioritaires

Les objectifs du projet clinique en santé mentale sont en relation avec ceux du plan ministériel, alors que ceux du projet clinique en dépendance ciblent quatre niveaux :

- Niveau du traitement : assurer l'accessibilité à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec pour les personnes avec les troubles mentaux;

---

9 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, 96 p.

Sur Internet: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>, consulté la dernière fois le 15 mai 2007.

page 63.

- Niveau de la formation : avoir des programmes de formation mixtes afin d'accroître l'expertise et de permettre des plans d'intervention concertés en santé mentale<sup>10</sup>;
- Niveau de dépistage : détection systématique de la toxicomanie, notamment chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux faisant appel aux services de santé ou à des services sociaux;
- Niveau de réinsertion sociale<sup>11</sup> : améliorer l'accessibilité pour les personnes toxicomanies éprouvant également des problèmes de santé mentale et les services de suivi post-traitement et de suivi dans la communauté.

La planification des projets cliniques dans chaque CSSS prévoit la participation des CRD à l'élaboration de l'offre de services en dépendance. Cette participation offre un lieu de discussions sur les troubles concomitants, mais peu de projets les concernant ont été retenus comme priorité.

Au moment du sondage, plusieurs CSSS n'avaient pas complété leur projet clinique en dépendance. Nous observons toutefois que l'intérêt démontré cible davantage la discussion et s'est peu traduit dans une priorité d'action, dans une modalité d'organisation de services ou en projet d'intervention commun.

Le fonctionnement harmonieux du réseau local de services en santé mentale n'est possible que si nous prévoyons des mécanismes de coordination entre ses différentes composantes. Ces mécanismes de coordination peuvent prendre la forme de protocoles, d'ententes interétablissements ou encore d'ententes interprogrammes mais devraient couvrir les éléments suivants :

- Nature de l'entente;
- Valeurs et objectifs poursuivis;
- Corridors de services et mécanismes de liaison;
- Mécanisme de consultation;
- Mécanismes de résolution de problèmes;
- Mécanismes d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité;
- Révision de l'entente.

### *La vision de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec*

L'Association, par l'intermédiaire du Comité permanent sur les troubles concomitants, a choisi de prioriser « la création de mécanismes d'accueil facilitant, ainsi que des mécanismes de communication, de concertation et de prise en charge des clients avec les troubles concomitants, assurant la continuité des services dans une perspective de relais ».

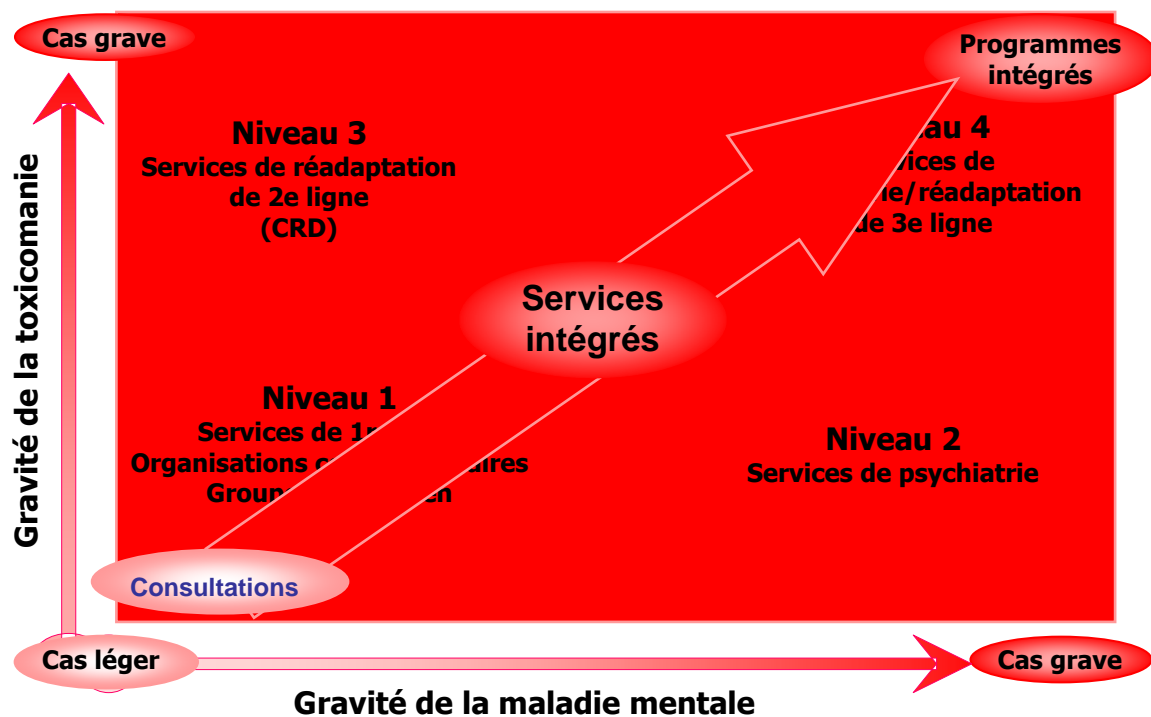
Indiquons de plus que la vision de l'ACRDQ sur l'intégration des services rejoint celle du plan ministériel en ciblant les services à offrir en fonction du niveau **de besoins des personnes**. Son manuel de recommandations pour une intervention efficace

<sup>10</sup> Projet clinique en santé mentale - Page 47, projet clinique en dépendance.

<sup>11</sup> Projet clinique en santé mentale - Page 48, projet clinique en dépendance.

auprès des personnes vivant un trouble concomitant<sup>12</sup> s'inspire du modèle d'intégration du réseau (National Association of State Mental Health Program Directors / National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors) selon lequel les personnes sont orientées dans les services en fonction de la gravité de leur problématique de toxicomanie et de santé mentale.

ADAPTATION QUÉBÉCOISE D'UN MODÈLE D'INTÉGRATION  
POUR INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES  
VIVANT DES TROUBLES MENTAUX CONCOMITANTS  
À DES TROUBLES LIÉS AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES<sup>13</sup>



Ce modèle<sup>14</sup> oriente les clients vers les services nécessaires selon la gravité respective des troubles mentaux ou de dépendance. Le client est alors dirigé vers la ressource convenant le mieux à ses besoins 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

12 FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, Comité permanent sur les troubles concomitants (2005), *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, page 19.

13 FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, Comité permanent sur les troubles concomitants (2005), *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, page 21.

14 *Ibid.*

(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 services (intégration des systèmes)<sup>15</sup>, soit verticalement par la création de services spécialisés (intégration des programmes)<sup>16</sup>.

Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable<sup>17</sup> sont des mesures très structurantes pour l'organisation des services visant le maintien dans la communauté des adultes aux prises avec un trouble grave de santé mentale. Le suivi intensif de type *Assertive Community Treatment* s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin.

Le soutien d'intensité variable de type *Case Management* s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. Dans la perspective d'intégration sociale, différents types de collaboration intersectorielle sont nécessaires, entre autres sur le plan du logement, du travail, de l'emploi et de l'éducation. Il est également important d'établir une collaboration intersectorielle avec le système judiciaire. Sur le plan national, ce partenariat a pour principal objectif l'adaptation et la création de lois, de programmes ou de règlements favorables aux personnes ayant un trouble mental et visant à supprimer les obstacles à l'intégration sociale de ces personnes.

## **1.2 L'état de la coordination des services en matière de troubles concomitants au sein des centres de réadaptation membres de l'ACRDQ**

### ***Le contexte de la démarche***

Pour soutenir une intervention efficace en matière de troubles concomitants, le document de l'ACRDQ portant sur la toxicomanie, le jeu pathologique et les troubles mentaux proposait une série de recommandations visant l'organisation et la gestion des services. Ces recommandations se regroupaient sous les trois thèmes suivants : le dépistage des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, les programmes de formation à offrir aux intervenants et les ententes de partenariat à développer entre les centres de réadaptation membres de l'ACRDQ et leurs partenaires de la santé mentale.

Au chapitre du partenariat, les recommandations portaient sur des modalités de concertation, des ententes de services et des protocoles d'intervention clinique à développer avec des partenaires possédant une expertise en santé mentale. Elles invitaient notamment les CRD et leurs partenaires à se doter de cadres de référence communs et à partager leur expertise. Ces recommandations faisaient suite à un état

---

15 Comme celle qui existe entre le Pavillon Foster et l'Hôpital Douglas à Montréal (voir la note 9 de l'annexe 2 du manuel).

16 Comme dans le cas de la Clinique Cormier-Lafontaine (voir la note 9 de l'annexe 3 du manuel).

17 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.* Sur Internet:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>, consulté la dernière fois le 15 mai 2007, page 51.

de situation sur l'organisation des services en matière de troubles concomitants dans les centres membres de l'ACRDQ.

Dans le cadre de ses travaux, le comité de travail a jugé important de réaliser un nouvel état de la situation portant, cette fois-ci, sur la coordination des services en matière de troubles concomitants au sein des centres de réadaptation membres de l'ACRDQ.

L'objectif poursuivi était, d'une part, de cerner les pratiques d'intervention concertées en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance et, d'autre part, de proposer une recension de projets de coopération impliquant des membres de l'ACRDQ et des partenaires de la santé mentale.

### ***Le cadre d'analyse***

Inspiré de Contandriopoulos, Denis, Touati, Rodriguez, (2001)<sup>18</sup>, trois niveaux de coordination ont été pris en considération :

- Le niveau des activités cliniques entreprises par les intervenants. Ce niveau s'intéresse aux conditions entourant la décision clinique. Il prend en considération le rôle joué par l'intervenant du CRD, l'autonomie dont il dispose et les mécanismes incitatifs susceptibles de le porter à agir dans le meilleur intérêt clinique de l'utilisateur qui présente des troubles concomitants;
- Le niveau des modes organisationnels et des mécanismes de gestion internes développés par les centres de réadaptation membres de l'ACRDQ. Ce niveau s'intéresse à l'organisation des soins et des services particuliers rendus aux usagers qui présentent des troubles concomitants et aux modalités de coordination de ces soins et de ces services avec les partenaires;
- Le niveau de l'intégration des mesures prises par les centres de réadaptation membres de l'ACRDQ à l'environnement régional du réseau de la santé et des services sociaux. Ce niveau cherche à comprendre comment les mesures prises par les CRD en matière de troubles concomitants s'inscrivent dans les orientations et les mesures régionales et nationales en matière d'organisation de services de santé et de services sociaux.

### ***La méthodologie et les limites***

Pour réaliser cet état de situation, un questionnaire a été adressé aux responsables cliniques des centres de réadaptation membres de l'ACRDQ. Dix-huit CRD ont rempli ce questionnaire, et nous avons recueilli les commentaires verbaux de deux autres membres, commentaires dont nous tiendrons compte seulement dans les

---

18 CONTANDRIOPOULOS, Denis, TOUATI, Rodriguez (2001), « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *RUPTURES*, revue transdisciplinaire en santé, 8, 2, p. 38-52.

conclusions. Pour chacun des niveaux de coordination mentionnés ci-dessus, le questionnaire abordait, tant pour les services adultes que pour les services jeunesse, les aspects suivants :

- **Niveau des activités cliniques entreprises par les intervenants**
  - Fréquence des échanges d'information avec les partenaires de la santé mentale;
  - Utilisation d'outils de dépistage;
  - Utilisation de l'expertise des partenaires;
  - Utilisation du PSI.
  
- **Niveau des modes organisationnels**
  - Partage des bureaux avec les partenaires de la santé mentale;
  - Mécanisme daiguillage mutuel d'utilisateurs avec les partenaires de la santé mentale;
  - Participation à des projets d'intervention communs avec les partenaires de la santé mentale;
  - Nombre et fréquence des lieux de concertation avec les partenaires de la santé mentale;
  - Modalités des échanges d'information avec les partenaires de la santé mentale concernant un usager;
  - Formation sur les troubles concomitants et sur la santé mentale.
  
- **Niveau de l'intégration des mesures à l'environnement régional du réseau de la santé et des services sociaux**
  - Présence d'équipes multidisciplinaires;
  - Modalités générales de coopération entre les partenaires;
  - État d'avancement et impact des projets cliniques concernant l'organisation des services en matière de troubles concomitants.

Outre ce questionnaire, trois groupes de discussions (*focus group*) regroupant un total de trente-cinq intervenants provenant de centres de réadaptation membres de l'ACRDQ ont également permis de recueillir des informations sur les pratiques d'interventions cliniques et les modes organisationnels en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Onze intervenants provenaient des services aux adultes, vingt-quatre des services jeunesse.

Cet état de situation est donc à la fois constitué des résultats obtenus par le sondage et des entretiens de groupe avec les intervenants. Son contenu est uniquement descriptif. Notons qu'il repose uniquement sur la perception et l'estimation des responsables cliniques ayant répondu aux questionnaires et sur celles des intervenants ayant participé aux groupes de discussion.

## ***Les résultats obtenus***

Malgré ces limites, les résultats permettent d'obtenir des informations utiles sur la coordination des services en matière de troubles concomitants au sein des centres de réadaptation membres de l'ACRDQ. Les faits saillants sont présentés selon les différents niveaux de coordination retenus pour les besoins de nos travaux.

**Par ailleurs, notons que la démarche a permis de cerner un certain nombre de projets d'intervention concertée en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Ces projets sont présentés sous forme de fiches descriptives en annexe.**

### **Les activités cliniques entreprises par les intervenants**

- ***Les échanges d'information entre les partenaires***

Les échanges d'information concernant un usager qui présente un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance constituent la principale activité clinique entreprise par les intervenants des CRD. Tant les intervenants rencontrés lors des groupes de discussion que les coordonnateurs cliniques soulignent que l'échange d'expertise entre les intervenants de la santé mentale et des CRD semble être l'activité clinique la plus courante. Au secteur adulte, 81 % (86 % pour le secteur jeunesse) des coordonnateurs cliniques estiment que cet échange d'expertise est soit ponctuel, soit régulier entre les intervenants. Il se réalise souvent au moment de l'admission de l'utilisateur ou en cours de suivi.

- ***Les activités entreprises par les intervenants des CRD***

Outre l'échange d'expertise, les intervenants du secteur adulte semblent davantage entreprendre d'activités cliniques avec leurs partenaires de la santé mentale que les intervenants jeunesse. Près d'un coordonnateur clinique sur deux (46,6 %) affirme qu'il y a peu ou pas d'activités cliniques au secteur jeunesse avec les partenaires de la santé mentale comparativement à près d'un répondant sur quatre (23,5 %) pour le secteur adulte. Pendant les groupes de discussions, les intervenants du secteur adulte ont apporté quelques exemples d'activités cliniques réalisées avec leurs partenaires de la santé mentale.

Soulignons que près de 30 % des coordonnateurs cliniques affirment que des activités sont entreprises au secteur adulte sur une base régulière ou qu'il existe dans leur région un programme commun d'activités. Pour le secteur jeunesse, 20 % des répondants donnent une réponse identique. Notons qu'aucun établissement n'identifie un programme commun d'activités pour le secteur jeunesse.



- **Le dépistage des troubles concomitants**

Deux coordonnateurs cliniques sur trois affirment que les partenaires de la santé mentale utilisent un outil de dépistage de la dépendance. Les outils les plus souvent utilisés concernent la clientèle des adultes (DEBA<sup>19</sup>, CIWA<sup>20</sup>). Par ailleurs, 70 % des répondants affirment dépister les troubles mentaux auprès des usagers qui se présentent à leur établissement. L'IGT<sup>21</sup> est l'outil le plus souvent utilisé. Certains établissements se sont dotés d'un cadre d'évaluation plus structuré des troubles concomitants. Ce cadre utilise une série d'autres tests de dépistage. Les intervenants soulignent que les questions de l'IGT portant sur la santé psychologique sont également utilisées en cours de suivi lorsqu'ils soupçonnent l'émergence d'un problème de santé mentale.

Les intervenants rencontrés ont souligné l'importance des équipes médicales de leur établissement dans l'évaluation des troubles concomitants. Les infirmières et les médecins des CRD valideraient les impressions cliniques des intervenants concernant la présence d'un trouble concomitant chez un usager. Certains établissements peuvent également compter sur l'évaluation d'un psychologue et, pour certains autres, la prise en charge du suivi de ces usagers est assumée par une équipe dédiée aux usagers qui présentent un trouble concomitant. Si les modalités de la prise en charge clinique des usagers qui présentent un trouble concomitant peuvent varier d'un établissement à l'autre, tous les intervenants rencontrés soulignent des **difficultés concernant l'aiguillage vers les partenaires de la santé mentale ou leur implication dans un suivi mixte.**

- **Les procédures d'échange d'information**

Quant aux procédures communes d'échange d'information avec les partenaires de la santé mentale, bien que globalement chaque partenaire ait ses propres procédures d'échange d'information, un nombre important de coordonnateurs cliniques affirment qu'il existe un formulaire et des procédures communs d'échange d'information sur la clientèle : 31 % pour le secteur adulte et 35 % pour le secteur jeunesse. Pour les intervenants, **l'identification par les partenaires de la santé mentale et des dépendances d'une personne pivot dans chacun des établissements est un facteur facilitant pour l'échange d'information.** A défaut d'un intervenant pivot, le réseau professionnel des intervenants contribue à ce que les échanges d'information et l'aiguillage soient plus rapides.

---

19 Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogue. Sur Internet : <http://www.risq-cirasst.umontreal.ca/PDF/manuel.pdf>, dernière visite le 15 mai 2007.

20 Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale. Sur Internet : <http://images2.clinicaltools.com/images/pdf/ciwa-ar.pdf>, dernière visite le 15 mai 2007.

21 Indice de la gravité de la toxicomanie.

- ***L'utilisation des PSI***

L'utilisation des plans de services individualisés (PSI) avec les partenaires de la santé mentale est une **pratique clinique peu ou pas répandue**. Seulement 25 % des coordonnateurs cliniques estiment que le PSI est une pratique occasionnelle. Aucun répondant ne l'a identifié comme une pratique régulière entre les partenaires de la santé mentale et des dépendances. Les intervenants rencontrés confirment cette perception des coordonnateurs cliniques. Si la majorité d'entre eux soulignent échanger avec leurs partenaires de la santé mentale sur les objectifs cliniques poursuivis dans le cadre d'un suivi mixte d'un usager, peu ont des expériences significatives de PSI. Plusieurs soulignent la lourdeur et les exigences de la démarche PSI. Certains intervenants jeunesse notent que les équipes d'intervention jeunesse (EIJ) ont parfois été aidantes pour déterminer des objectifs cliniques communs et partagés entre les CRD et leurs partenaires de la santé mentale.

## **Niveau des modes organisationnels**

- ***Le partage des bureaux avec des partenaires de la santé mentale***

Très majoritairement, les établissements partagent certains de leurs bureaux avec des partenaires de la santé mentale. Il s'agit dans la plupart des cas de points de service dans les territoires de CSSS. Bien que cette présence des intervenants des CRD dans les CSSS permette de développer des liens professionnels et amicaux avec les partenaires de la santé mentale, ce partage vise avant tout des objectifs économiques liés à la réduction des coûts de location. Pour certains intervenants, cette présence peut faciliter certains arrimages avec les partenaires de la santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les discussions de cas, l'aiguillage et les projets d'intervention communs.

- ***Les mécanismes d'aiguillage mutuels***

Selon les coordonnateurs cliniques, un peu plus de la moitié des établissements (56 %) ont des mécanismes d'aiguillage mutuels avec les partenaires de la santé mentale en ce qui concerne les usagers qui présentent des troubles concomitants. Pour les intervenants, la formalisation de ces mécanismes, dans 38,8 % des établissements, témoigne de la **volonté des établissements à officialiser ces mécanismes plutôt qu'à les faire reposer sur des initiatives personnelles, des intervenants**.

- ***La participation à des projets d'intervention communs***

Presque la totalité des établissements participe à des projets d'intervention communs avec des partenaires de la santé mentale afin de coordonner les services en matière de troubles concomitants : **88,8 % des coordonnateurs cliniques estiment que c'est le cas**. Un nombre

important de ces projets (55,5 %) sont formalisés. Il est cependant rare que ces projets s'adressent à l'ensemble d'une région. Très souvent, il s'agit **d'un projet réalisé dans certains territoires de RLS de la région ou qui concerne une dimension particulière de l'intervention** (ex. : promotion des services en dépendance auprès des personnes ayant des troubles concomitants, hébergement). Ces projets sont présentés en annexe.

- ***Le nombre et la fréquence des rencontres avec les partenaires***

Les coordonnateurs cliniques affirment majoritairement qu'ils ont **peu ou rarement l'occasion de rencontrer les partenaires de la santé mentale**. D'une part, en ce qui concerne le nombre de lieux, les réponses des coordonnateurs cliniques varient. Plus de 40 % des coordonnateurs cliniques affirment, tant pour les services aux adultes que pour les services jeunesse, qu'il existe peu ou pas dans leur région de lieu de concertation avec des partenaires de la santé mentale où il est possible de discuter des troubles concomitants. Un certain nombre de coordonnateurs (35,3 % adulte; 40 % jeunesse) affirment qu'il existe de tels lieux ponctuellement. Finalement, une proportion moindre de coordonnateurs (23,5 % adulte et 13,4 % jeunesse) affirme qu'il existe plusieurs lieux de concertation.

Bien que le nombre de lieux de concertation semble varier selon les régions, les coordonnateurs cliniques constatent majoritairement, à plus de 62 %, tant pour les secteurs adulte que jeunesse, que sur le plan de la fréquence des rencontres **il y a peu ou pas d'occasions de rencontres avec les partenaires de la santé mentale**. Certains coordonnateurs (25 % adulte, 33 % jeunesse) affirment qu'il y a occasionnellement de telles rencontres. Soulignons que 12,5 % des coordonnateurs précisent qu'il y a un processus continu de rencontres entre les partenaires pour les services offerts aux adultes.

- ***Les formations sur les troubles concomitants et de santé mentale***

Selon les coordonnateurs cliniques, 83,3 % des CRD ont offert des formations à leur personnel concernant les troubles concomitants ou la santé mentale au cours des trois dernières années. Les troubles de la personnalité, les troubles anxieux et les critères du DSM-IV sont les contenus de formation les plus souvent cités. Fait à souligner, certains répondants ont inscrit les mêmes types de formation aux deux questions. Ce constat permet au Comité permanent sur les troubles concomitants de déceler une confusion chez les répondants entre ces deux types de formation.

Malgré cette confusion, plus du tiers des coordonnateurs cliniques (38,8 %) indiquent que les formations offertes en matière de troubles concomitants regroupaient des intervenants de leur CRD et des partenaires de la santé mentale. Les intervenants rencontrés estiment que des formations communes avec leurs partenaires de la santé mentale sont importantes non seulement pour partager un savoir commun en matière

de troubles concomitants, mais surtout pour développer et consolider leur réseau de collaborateurs.

## **Niveau de l'intégration des mesures à l'environnement régional du réseau de la santé et des services sociaux**

### ▪ **Les équipes multidisciplinaires**

**La présence d'équipes professionnelles multidisciplinaires sur un territoire local ou régional pour discuter des cas litigieux d'usagers qui présentent des troubles concomitants est une pratique qui semble peu répandue.** Près de 60 % des coordonnateurs cliniques estiment qu'il n'y a pas de telles équipes dans leur région pour le secteur adulte. Pour le secteur jeunesse, cette proportion est de 40 %. Cette pratique serait donc un peu plus développée pour le secteur jeunesse et particulièrement, comme il est mentionné plus haut, dans le cadre des ÉIJ.

### ▪ **Les types de coordination de services**

Cette situation nous a amenés à aborder les types de coordination des services avec les intervenants lors des groupes de discussion. Nous avons demandé aux intervenants de préciser dans quel type de coordination entre les partenaires de la santé mentale et des dépendances ils étaient le plus souvent impliqués pour réaliser leur travail clinique auprès des usagers qui présentent des troubles concomitants.

- **Une coordination séquentielle**, c,-à-d. quand un usager rencontre successivement (en séquence) des professionnels d'organisations distinctes durant un même épisode de maladie. Les professionnels agissent alors un après l'autre et ont peu de relations entre eux. Ce type de coordination assure de façon simple l'accès à l'expertise professionnelle requise en santé mentale. Il est par contre insuffisant lorsque l'incertitude augmente et que le besoin d'expertise clinique se manifeste de façon récurrente.
- **Une coordination réciproque** qui concerne la prise en charge simultanée d'un usager par plusieurs professionnels ou organisations différentes. Il existe alors une interdépendance entre les professionnels, chacun devant tenir compte du travail de l'autre dans sa prise en charge individuelle (ex. : suivi parallèle CRD et clinique externe ou équipe de santé mentale). Cette forme de coordination semble satisfaisante pour les problèmes de santé qui ne sont pas trop complexes, qui impliquent un nombre restreint de professionnels et dont l'épisode de soins est assez circonscrit dans le temps et l'espace.
- **Une coordination collective** qui fait appel à une équipe de professionnels ou d'organisations qui assurent conjointement la responsabilité de la prise en charge de l'utilisateur selon des modalités définies conjointement (ex. : suivi mixte, équipes multidisciplinaires).

Ce type de coordination est nécessaire quand le niveau d'interdépendance entre les partenaires de la santé mentale et des dépendances est élevé, quand les problèmes de santé d'un usager sont multiples et complexes et qu'ils présentent des contours flous dont l'évolution dans le temps et l'espace est incertaine.

Bien que quelques expériences ou projets d'intervention présentés en annexe se situent sur les plans de la concertation réciproque et collective, **très majoritairement les intervenants ont identifié la coordination séquentielle comme étant la modalité de coordination des services la plus commune avec leurs partenaires de la santé mentale.** Pour certains usagers qui présentent des troubles concomitants et dont l'expertise des partenaires de la santé mentale est nécessaire, ce type de coordination de services serait insuffisant. À défaut de pouvoir compter rapidement sur cette expertise, différentes situations qui compliqueraient la rétention des usagers dans les services des CRD pourraient se produire.

Un autre constat fait par les intervenants a trait au suivi réciproque d'un usager. **Outre des contacts téléphoniques, ils constatent qu'il existe peu d'échanges d'information avec les partenaires de la santé mentale.**

- ***Les projets cliniques et les troubles concomitants de santé mentale et de dépendance***

L'élaboration des projets cliniques dans les réseaux locaux de services (RLS) sont des occasions de développer des projets globaux d'intervention entre différents partenaires. Nous avons donc voulu obtenir la perception des coordonnateurs cliniques concernant l'impact de ces projets sur l'organisation des services en matière de troubles concomitants.

Bien que la démarche des projets cliniques ne soit pas complétée dans l'ensemble des régions, trois coordonnateurs cliniques sur quatre (75 %) affirment que les **projets cliniques ont permis de discuter des troubles concomitants de dépendance et de santé mentale.** Dans un nombre **restreint de régions**, les projets cliniques ont permis à ce jour :

- de définir les troubles concomitants comme une **priorité d'action** par les partenaires du réseau local de services (29,5 %);
- de déterminer des **modalités d'organisation** des services permettant de soutenir des **projets d'intervention communs** entre partenaires concernant les troubles concomitants de santé mentale et de dépendance (35 %);
- de **déployer des projets d'intervention communs** entre partenaires concernant les troubles concomitants (35 %).

## **En guise de conclusion**

Outre la détermination de projets de coopération impliquant des membres de l'ACRDQ et des partenaires de la santé mentale, l'objectif poursuivi était de préciser les pratiques d'intervention concertées en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance dans les CRD.

### ***L'évolution de la situation***

Globalement, les résultats obtenus tant auprès des coordonnateurs cliniques que des intervenants témoignent du haut niveau de préoccupation au regard des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, et des efforts des CRD pour améliorer leurs pratiques d'intervention clinique et l'organisation des services pour les usagers qui présentent de tels troubles. À cet égard, rappelons que selon les résultats obtenus :

- 88,8 % des CRD affirment participer à des projets d'intervention communs avec des partenaires de la santé mentale visant à coordonner les services offerts aux usagers qui présentent des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, et que la moitié d'entre eux affirme que ces projets sont formalisés;
- 84 % des CRD ont offert depuis les trois dernières années à leurs intervenants des formations sur la santé mentale et les troubles concomitants et que pour près de 40 % d'entre eux certaines de ces formations regroupaient des partenaires de la santé mentale;
- plus de 80 % des coordonnateurs cliniques affirment qu'au secteur adulte les partenaires de la santé mentale et les intervenants des CRD utilisent mutuellement leur expertise ponctuellement et régulièrement pour discuter des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance;
- 61 % des CRD affirment avoir mis en place avec les partenaires de la santé mentale des mécanismes d'aiguillage mutuels pour les usagers.

Comme il a été souligné en introduction, il y a trois ans les CRD étaient invités par leur fédération à développer des modalités de concertation, des ententes de services et des protocoles d'intervention avec leurs partenaires de la santé mentale. Ces résultats semblent démontrer une évolution considérable des liens de partenariat; la recension des projets en annexe en est une illustration.

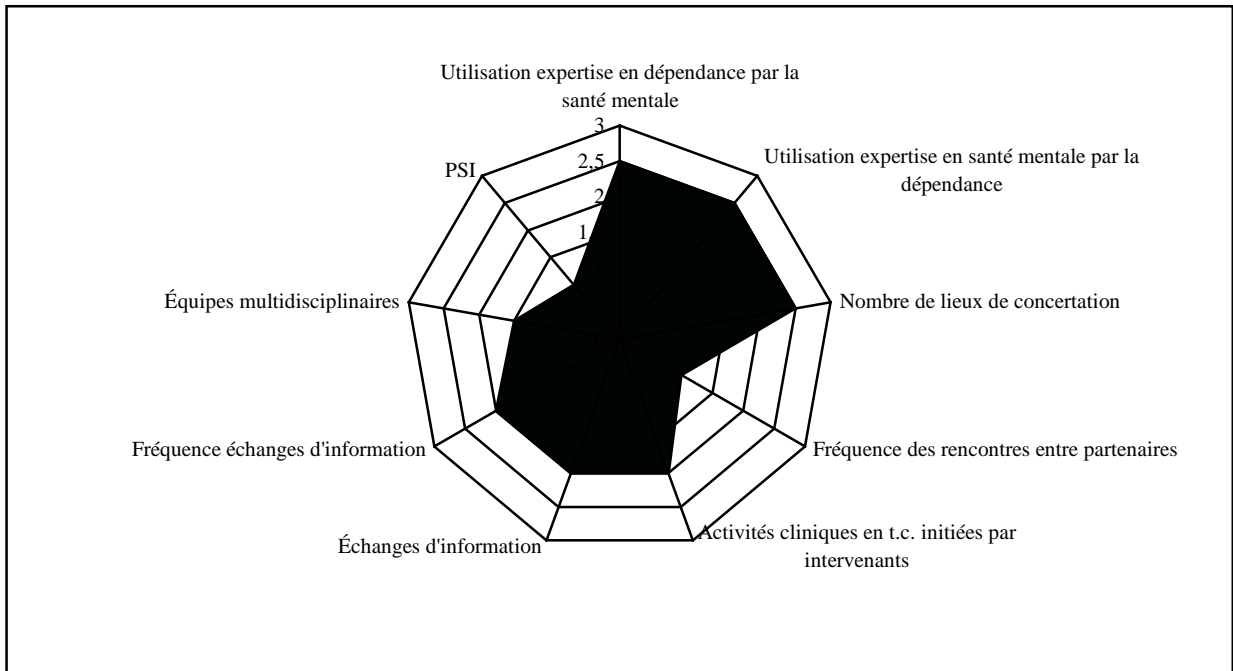
### ***Les profils de coordination des services***

La répartition sur une échelle de 0 à 3 de neuf indicateurs permet d'obtenir une figure du profil global de la coordination des services en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Afin de bien comprendre, précisons que plus l'indicateur se rapproche du 3, plus il est présent, selon les

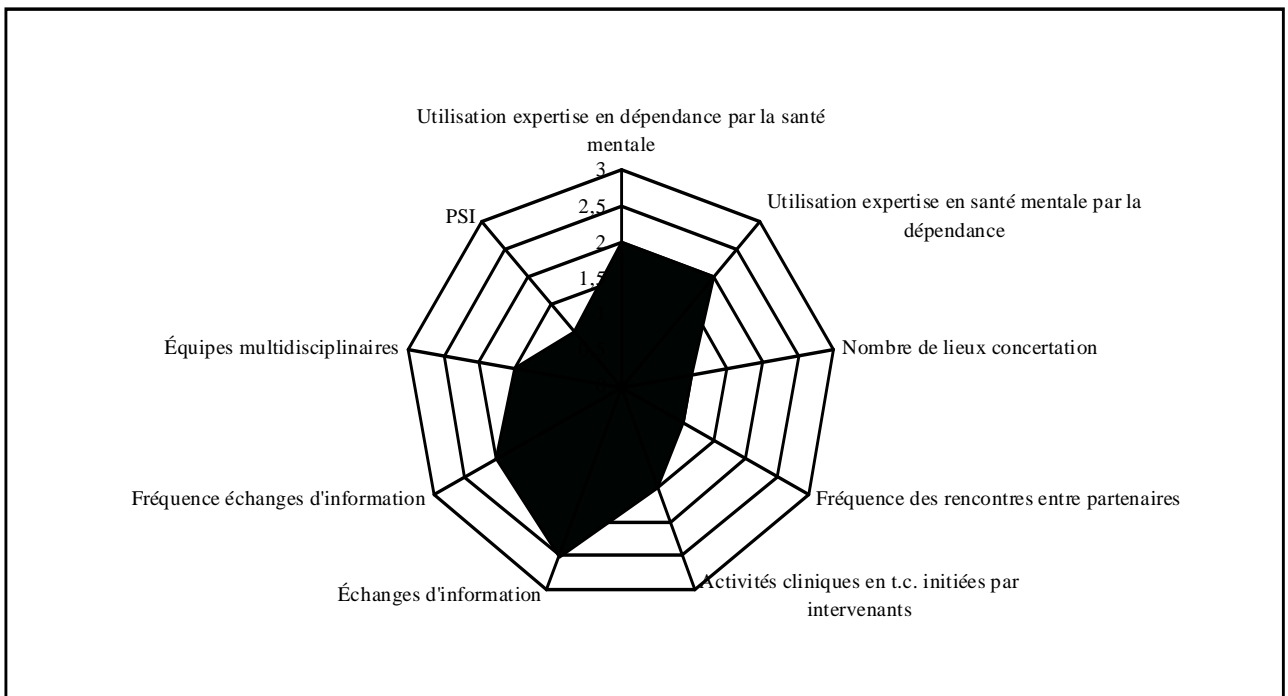
coordonnateurs cliniques, dans la région; à l'inverse, plus l'indicateur se rapproche du 0, plus il est absent. Ces neuf indicateurs sont :

- l'utilisation de l'expertise en dépendance par les partenaires de la santé mentale;
- l'utilisation de l'expertise en santé mentale par les intervenants des CRD;
- le nombre de lieux de concertation entre les partenaires dans la région;
- la fréquence des rencontres entre les partenaires;
- les activités cliniques en matière de troubles concomitants instaurées par les intervenants des CRD;
- la présence de modalités d'échange d'information entre les partenaires;
- la fréquence des échanges d'information entre les partenaires;
- la présence d'équipes multidisciplinaires sur une base locale ou régionale;
- l'utilisation des plans de services individualisés (PSI).

**Profil de la coordination des services  
en matière de troubles concomitants pour les adultes**



**Profil de la coordination des services  
en matière de troubles concomitants pour les jeunes**





## ***Discussions sur les profils***

Malgré les limites méthodologiques déjà mentionnées, ces deux profils ont le mérite de souligner certaines différences entre les services offerts aux jeunes et aux adultes. Selon les perceptions des coordonnateurs cliniques, il y aurait un peu plus d'échanges d'information avec des partenaires de la santé mentale dans les services offerts aux jeunes et moins d'échanges d'expertise entre les partenaires en ce qui concerne les troubles concomitants. Relativement aux services aux adultes, bien que l'utilisation de l'expertise et l'échange d'information avec des partenaires en ce qui concerne les troubles concomitants soient des pratiques répandues, nous observons qu'il y a peu d'occasions de rencontre et que les pratiques d'intervention visant l'utilisation des PSI et des équipes multidisciplinaires sont très peu répandues.

Ces portraits ont été validés par les intervenants pendant les groupes de discussion. Malgré des différences régionales, les participants percevaient ces profils comme étant un portrait assez fidèle de leur pratique d'intervention en matière de troubles concomitants. **Il semble que cette pratique soit caractérisée par des échanges d'information qui ne se traduisent que rarement dans une prise en charge réciproque et collective des usagers.** Par ailleurs, les intervenants soulignaient l'importance accordée par leur CRD aux troubles concomitants, mais soulignaient **les difficultés à traduire cette importance dans des projets qui permettent aux usagers d'avoir un accès rapide aux services de santé mentale, particulièrement sur les plans de l'évaluation et de la prise en charge partagée.**

Tout en soulignant les progrès réalisés depuis quelques années par les CRD pour considérer leurs interventions auprès des usagers qui présentent des troubles concomitants, les intervenants relèvent deux éléments qui seraient à développer et à consolider. D'une part, **la formalisation de leurs initiatives cliniques avec les partenaires de la santé mentale afin de légitimer leurs interventions.** Globalement, ils estiment que la collaboration avec les partenaires de la santé mentale repose bien souvent sur des **initiatives personnelles d'intervenants** et qu'il y **aurait lieu de formaliser les interventions à suivre particulièrement en matière de dépistage, d'évaluation et d'aiguillage des usagers.**

D'autre part, les intervenants soulignent que **des mesures de sensibilisation auprès des partenaires portant sur l'importance des troubles concomitants devraient être prises afin de développer un cadre plus global d'organisation des services.** Soulignons que certains établissements ont travaillé avec des partenaires de la santé mentale de leur région à l'élaboration d'un tel cadre. Ces cadres sont présentés en annexe.

Finalement, certains intervenants insistaient sur l'importance que ces cadres globaux de collaboration **facilitent la continuité des interventions avec leurs partenaires de la santé mentale.** Ils considèrent qu'un nombre important d'usagers qui présentent des troubles concomitants affichent souvent un comportement non complaisant au traitement et que **les ruptures dans la continuité des services contribuent à l'abandon de leur démarche de changement.**

### 1.3 Les fondements d'un système intégré efficace : éléments retenus par le Sous-comité sur les ententes de partenariat

À la suite du survol du contexte actuel de partenariat, nous pouvons constater que différentes instances se dirigent vers l'intégration des systèmes, et le sondage effectué auprès des membres de l'ACRDQ confirme cette direction. Il y a une volonté de travailler ensemble, le plus près possible des clients, en assurant, de façon novatrice, un continuum de services.

Cependant, il ne semble pas facile d'offrir des services intégrés en matière de troubles concomitants à une clientèle qui pourtant en retirerait des bienfaits plus rapidement et à moindres coûts. Les intervenants et les ressources semblent pourtant reconnaître que les troubles concomitants ne sont plus des exceptions dans nos services. Ils dépistent même dans plusieurs cas la concomitance. Mais ils nous disent aussi qu'ils arrivent plus difficilement à créer les ponts pour offrir une intervention intégrée.

Le sondage auprès des centres et des intervenants, les démarches entreprises dans quelques régions pour favoriser l'instauration d'un système intégré efficace et quelques éléments tirés de la littérature ont mené le sous-comité à explorer les éléments nécessaires au développement, au fonctionnement et au maintien d'un système intégré efficace.

#### Des valeurs communes

S'appliquant au niveau de **l'utilisateur, des partenaires, de son propre établissement**

##### Le respect

- Offrir une prestation de services de façon positive, respectueuse et empathique. Cette prestation sera adaptée aux besoins de l'utilisateur et permettra à la personne et à son entourage de participer à son élaboration.
- Respecter la diversité de l'approche dans l'offre de service afin d'offrir une gamme variée de traitements, de programmes, etc. Des différences peuvent se trouver tant au niveau des pratiques, des structures administratives que du financement.

##### La liberté de choix

- La responsabilité d'une population appartient aux CSSS de chacune des régions. Les organismes ont la responsabilité d'évaluer l'utilisateur et de l'orienter vers la ressource la plus adaptée à son besoin selon les modalités mises en place dans sa région. Il a le droit de choisir l'offre de service qui lui paraît répondre à son besoin.

### La collaboration, la coopération, la solidarité

- L'efficacité d'un réseau intégré repose sur ces valeurs propres à la transdisciplinarité, ce qui implique que tous les participants (les établissements, les intervenants et l'utilisateur) travaillent en s'engageant dans un projet commun d'aide pour cette clientèle spécifique.

### La confiance

- La confiance en son établissement, entre les organismes, envers les intervenants sur le plan de la responsabilité et de la compétence professionnelle et, finalement, envers l'utilisateur dans sa capacité à participer à sa démarche.

## **Des principes partagés**

Sous-tendus par une approche systémique en trois niveaux, soit un système relationnel, un système organisationnel et un système de gouvernance macroscopique (local, régional et national) :

*« L'intégration des services peut s'amorcer à n'importe quel niveau. Toutefois pour que les pratiques cliniques intégrées se stabilisent, que la coopération dure et que les professionnels et les organisations y trouvent un sens, il faut que l'intégration s'élargisse à tous les autres niveaux. »<sup>22</sup>*

### Un système accessible

- Le système assure l'accessibilité à toute personne qui en exprime le besoin et effectue un dépistage systématique des troubles concomitants. L'utilisateur peut recevoir l'aide nécessaire quelle que soit la porte d'entrée utilisée.
- Un système en mesure de rendre les services disponibles.
- Un système connu.
- Un système disponible 24/7.

### Un système simple pour le client

- Un système centré sur les vraies trajectoires des clients axé sur le rétablissement et **sous la responsabilité d'un intervenant pivot** qui le guide dans sa démarche.

### Un système dynamique

- Les membres du système planifient et dispensent les services en interrelation avec les partenaires impliqués. Le système est à l'image de la diversité de la clientèle, c'est-à-dire en constante évolution.

### Un système flexible

---

22 CONTANDRIOPOULOS, Denis, TOUATI, Rodriguez, op. cit., p. 38-52.

- Un système capable de s'adapter aux besoins variés de l'utilisateur tant sur le plan de la culture, des expériences que du style de vie de ces personnes.

#### Un système novateur et de qualité

- Un système capable d'aller de l'avant, qui **repose sur les meilleures pratiques applicables aux troubles concomitants (Santé Canada)** et favorisant la créativité et l'influence mutuelle.

#### Une culture d'évaluation

- Un système qui vise l'amélioration de l'accès, du dépistage et du traitement de ces personnes et se donne des **indicateurs lui permettant de voir l'évolution** de l'offre de service et d'apporter les correctifs nécessaires.

### **Des stratégies gagnantes<sup>23 24</sup>**

L'implantation d'un système intégré repose sur certaines stratégies gagnantes qui procurent des incitatifs pour les organisations, les professionnels et les usagers. La mise en place d'une prise en charge collective qui amène les partenaires à coopérer implique :

#### **pour les usagers**

- de répondre à l'ensemble de leurs besoins biopsychosociaux en développant et en partageant des outils cliniques relatifs :
  - au dépistage,
  - au suivi de l'évolution des symptômes,
  - au traitement,
  - à la réinsertion;
- de travailler en plan de service individualisé (PSI);

#### **pour les organisations et les intervenants**

- de travailler avec la structure hiérarchique et la structure de base sur les plans organisationnel et professionnel;
- de connaître les missions et les mandats des organismes du système;
- d'assouplir les frontières entre les différents organismes et de renforcer les liens entre les partenaires;

<sup>23</sup> Voir la note au bas de la page 28.

<sup>24</sup> Plan d'implantation du réseau local en santé mentale dans le territoire du CSSS de Bordeaux-Cartier- St-Laurent et du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord. La vision, les valeurs et les liens en action, janvier 2006, Entente.

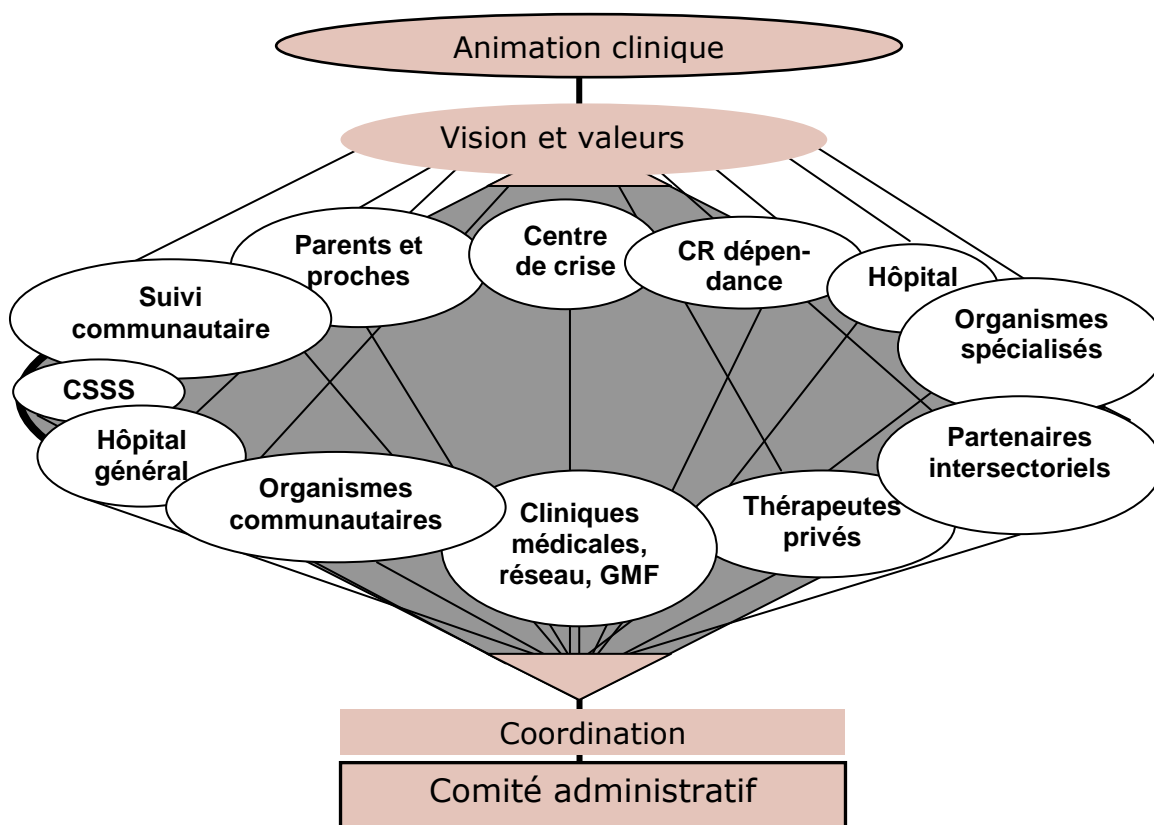
- de créer des mécanismes de coordination administrative et clinique pour augmenter la complémentarité et la fluidité des soins et des services;
- de développer des mécanismes et des outils de communication efficaces entre les organismes, les gestionnaires et les intervenants;
- de définir des règles de fonctionnement écrites portant sur le partage des responsabilités et du pouvoir;
- d'assurer du financement adéquat pour soutenir les efforts et garantir la qualité des services;
- de développer une structure de formation croisée.

Pour illustrer l'implantation d'un système intégré de services aux personnes éprouvant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, nous proposons le schéma suivant<sup>25</sup>, qui exige un leadership individuel et organisationnel au niveau local, régional et national ainsi qu'une volonté de collaboration et de continuité des services.

---

25 « La vision, les valeurs et les liens d'action », Phase 1 - Rapport du Comité clinique pour l'implantation du réseau local en santé mentale. Plan d'implantation du réseau local en santé mentale dans les territoires du CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent et du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, janvier 2006, page 26.

## PARTENARIAT : La vision, les valeurs et les liens en action



On représente ici le réseau local comme une toupie. « Le comité clinique de soutien et de liaison contrôle la toupie. [...] L'équilibre de la toupie se trouve dans la régularité des solutions qui en émergent. La structure administrative joue le rôle du pivot à la base de la toupie. Il est responsable d'en assurer l'orientation, les politiques et le soutien au réseau local. Pour assurer le mouvement entre le haut et le bas, il faut un lien entre les structures administratives des CSSS et le comité clinique de liaison et de soutien. La ligne joignant le bas et le haut de la toupie est occupée par les représentants des cadres supérieurs des CSSS qui siègent aux deux instances et qui assurent la continuité entre la réalité clinique et les aspects administratifs. »<sup>26</sup>

Des efforts soutenus et exigeants restent à déployer pour favoriser ces types d'interactions essentielles à l'instauration de systèmes intégrés de services en matière de troubles concomitants. Des ressources doivent être incitées à organiser et à maintenir ces démarches vers l'instauration de services en réseau.

<sup>26</sup> Ibid., page 25.

## 2 Formation sur les troubles concomitants

### 2.1 La mise en contexte<sup>27</sup>

Le Comité permanent sur les troubles concomitants de l'ACRDQ a déposé en décembre 2005 le document *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, dans lequel un certain nombre de recommandations ont été formulées au regard de la formation du personnel clinique des établissements membres de l'Association .

Parmi ces recommandations, il était fait mention :

- que les CRD 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.

En juin 2006, l'ACRDQ (alors désignée sous le nom FQCRPAT) adoptait un plan d'action visant la mise en œuvre des recommandations du Comité permanent sur les troubles concomitants. En septembre 2006, le comité confiait à un sous-comité le mandat de proposer des principes de formation pouvant guider l'orientation et la planification de projets de formation en matière de troubles concomitants auprès de ses membres.

En suivi de quelques travaux préparatoires réalisés par David Ross, président du Comité permanent sur les troubles concomitants de l'ACRDQ, le Sous-comité sur la formation s'est réuni le 12 mars 2007, rencontre à laquelle participaient madame Marie Lecavalier et messieurs Jean-Marc Ménard, Michel Perreault et David Ross. En s'inspirant largement des orientations préconisées ailleurs au Canada en matière de formation sur les troubles concomitants, ainsi que par l'Addiction Technology Transfer Center (ATTC) aux États-Unis, les participants ont convenu d'établir les principes qui devraient guider l'orientation et la planification de projets de formation du personnel clinique des établissements membres de l'ACRDQ concernant les troubles concomitants. De plus, ils ont procédé à un inventaire des compétences clés qui devraient être ciblées dans le cadre de telles formations. Pour terminer, différents programmes de formation déjà existants sont suggérés.

---

<sup>27</sup> Texte rédigé par Jean-Marc Ménard.

## 2.2 Les principes directeurs au regard de la formation

1. Les contenus de formation sur les troubles concomitants doivent être crédibles et reposer sur les **données probantes actuellement disponibles** en matière de pratiques éprouvées et de programmes efficaces.
2. Les processus de formation doivent aussi s'inspirer des **meilleures pratiques en matière de stratégies de transfert de connaissances**. À cet égard, l'ATTC a établi un cadre pouvant optimiser le processus d'implantation de nouvelles pratiques au sein des organisations. La formation du personnel clinique des établissements membres de l'ACRDQ devrait s'inscrire dans un tel cadre. Entre autres objectifs, les formations devraient :
  - a. présenter un contenu pertinent, clair, crédible, qui réponde à un besoin actuel chez les participants. À cet égard, chaque formation devrait être précédée d'une collecte des besoins de formation et des modalités de formation souhaitées, dans laquelle les participants potentiels auraient reconnu ou exprimé un besoin au regard des différents types de savoir pertinents à la thématique des troubles concomitants;
  - b. recourir à une variété d'activités et de modalités de formation adaptée aux différentes cibles de changement visées et aux différents styles d'apprentissage. De plus, les stratégies d'apprentissage devraient être plutôt actives que passives, puisqu'elles sont plus efficaces;
  - c. définir clairement leurs objectifs, leur contenu, leurs stratégies pédagogiques, leurs modalités de suivi et leurs exigences pour les participants, afin d'éviter des engagements partiels ou mitigés des participants dans le processus;
  - d. systématiquement impliquer des modalités de suivi en ce qui concerne les compétences acquises et une adaptation des processus cliniques de l'établissement pour assurer que le recours à ces compétences devienne nécessaire dans la pratique quotidienne des intervenants. Ainsi, les nouvelles compétences doivent être renforcées de façon soutenue tout au long du processus de formation et d'implantation, par les différents niveaux de l'organisation, jusqu'à ce qu'elles soient intégrées et fassent partie des pratiques courantes. Pour ce faire, on doit obtenir l'engagement ferme et soutenu du personnel clinique et du personnel d'encadrement pour allouer les énergies requises par l'acquisition ou la consolidation de ces compétences, tout en assurant un contrôle quantitatif et qualitatif de l'implantation de ces nouvelles pratiques;
  - e. s'inscrire dans un processus d'échanges réciproques entre les participants concernés par le changement des pratiques et les gestionnaires du changement. Une forte participation et une communication active entre les personnes concernées par le changement et les gestionnaires du changement favorise une baisse des résistances et une plus grande adhésion au processus de formation.



3. Chaque projet de formation devrait être **adapté aux réalités locales et régionales** de chacun des établissements, en soutenant le développement des réseaux locaux de services en matière de troubles concomitants et en favorisant la mise en place systématique de **formations croisées** avec les partenaires en santé mentale. Ainsi, chaque projet de formation devrait stimuler :
  - a. le développement d'une culture commune et partagée au sein des services en dépendance et en santé mentale en matière de troubles concomitants;
  - b. un arrimage plus étroit entre ces services en évitant les dédoublements de services, en assurant la promotion des ententes établies entre les services en dépendance et en santé mentale, ainsi que la promotion des services accessibles sur le territoire;
  - c. le recours aux partenaires locaux en santé mentale pour planifier et implanter des composantes de formations croisées.
4. Dans un esprit d'efficacité, chaque projet de formation devrait s'orienter vers le **développement et le maintien de compétences clés**, dans une approche flexible et hiérarchisée à deux niveaux, en ciblant de façon prioritaire :
  - a. les troubles mentaux qui présentent la plus forte prévalence au sein des CRD et qui affectent l'issue du traitement en toxicomanie, c'est-à-dire :
    - i. les troubles anxieux,
    - ii. les troubles de l'humeur,
    - iii. les troubles de conduite,
    - iv. les troubles de personnalité antisociale,
    - v. les troubles de personnalité limite;
  - b. les processus cliniques de niveau 1, jugés indispensables pour l'ensemble du personnel clinique des établissements membres de l'ACRDQ, afin qu'il puisse agir dans un réseau intégré de services, en assurant :
    - i. la détection et le dépistage systématique des troubles concomitants à partir d'outils validés,
    - ii. l'évaluation des interactions entre la problématique en santé mentale et la problématique en dépendance,
    - iii. l'engagement de ces usagers en traitement en leur fournissant une rétroaction réaliste et pragmatique,
    - iv. l'élaboration de plans d'intervention adaptés pour ces usagers,
    - v. l'évaluation continue de la gravité des troubles en cours de traitement à partir d'échelles validées,
    - vi. l'orientation adéquate de ces usagers vers les services appropriés;
  - c. et, finalement, les processus cliniques de niveau 2, jugés utiles pour une catégorie spécifique et restreinte d'intervenants, œuvrant au sein de certains établissements membres de l'ACRDQ. Parmi ces processus spécialisés, nous trouvons :
    - i. l'évaluation diagnostique de l'ensemble des troubles mentaux,
    - ii. la formulation de recommandations spécifiques au regard de l'orientation et de l'actualisation du traitement d'usagers dont la problématique apparaît plus complexe,
    - iii. le traitement de certains troubles mentaux dans un contexte de services intégrés.

## Les compétences clés à cibler dans le cadre des formations de niveau 1

1. Présenter une attitude accueillante, empathique, valorisante et un comportement non stigmatisant auprès des personnes qui présentent un trouble concomitant.
2. Présenter une compréhension des besoins spécifiques et des obstacles auxquels sont exposées les personnes présentant un trouble concomitant dans leur recherche de services adaptés à leur situation.
3. Présenter une connaissance générale
  - a. des différents troubles mentaux;
  - b. des problématiques en dépendance;
  - c. des interactions potentielles entre deux catégories de troubles;
  - d. des meilleures pratiques en matière de traitement des troubles concomitants;
  - e. du processus de changement dans le domaine de la santé mentale, des dépendances et chez les personnes aux prises avec un trouble concomitant;
  - f. des algorithmes d'orientation des usagers dans les services en fonction de l'évolution des symptômes en cours de traitement.
4. Démontrer sa capacité :
  - a. à prévenir ou à gérer une situation de crise vécue par une personne aux prises avec un trouble concomitant;
  - b. à utiliser et à interpréter des outils de dépistage des troubles mentaux et les échelles d'évaluation de la gravité de ces troubles;
  - c. à réaliser une analyse fonctionnelle des liens existant entre la problématique en santé mentale et en dépendance chez une personne présentant un trouble concomitant;
  - d. à fournir une rétroaction aux usagers relativement à leur problématique en dépendance, en santé mentale et à des interactions potentielles entre les deux problématiques;
  - e. à conduire un entretien motivationnel selon les standards établis;
  - f. à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'intervention ou un plan de services intégrés adapté aux besoins des personnes aux prises avec un trouble concomitant, dans un contexte de services intégrés;
  - g. à favoriser l'apprentissage des habiletés nécessaires à la prévention des rechutes et à la réduction des méfaits;
  - h. à assurer la continuité, l'intégration et la coordination des services aux yeux des usagers.

## 3 Dépistage des troubles concomitants

### 3.1 La mise en contexte

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 à un traitement adaptés aux besoins de la personne. 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 étant élevé, le comité sur les troubles concomitants de l'Association parle d'une norme plutôt que d'une exception. 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. Pourtant le dépistage systématique des troubles concomitants est peu fréquent dans les services en santé mentale et se limite souvent à l'utilisation de l'échelle psychologique de l'indice de gravité des toxicomanies (version adolescente et adulte) dans les centres de réadaptation.

C'est pourquoi l'Association endosse, en novembre 2005, son comité permanent sur les troubles concomitants qui recommande :

- 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 **négoce**, 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**<sup>28</sup>.

Dans la pratique, le dépistage, l'évaluation et la planification du traitement se situent sur un même continuum. Il est important 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. L'évaluation constitue une étape importante, soit pour cerner 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. Le plan de services individualisés s'appuie sur des évaluations complémentaires effectuées par les CRD et les partenaires de la santé mentale.

---

<sup>28</sup> Comité permanent sur les troubles concomitants, *op. cit.*, p. 28.

C'est pourquoi le Comité permanent sur les troubles concomitants recommandait aussi :

- que les CRD 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 service 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 CRD 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 comité suggère alors aux centres de réadaptation d'adopter une approche graduelle qui tienne compte de la disponibilité des ressources en place dans leur organisation et du temps qu'ils désirent consacrer à cette première étape d'évaluation.

En 2006, en suivi à cette recommandation et travaillant aussi au rythme que ses ressources lui permettent, le comité permanent propose aux centres de réadaptation un projet de recueil de méthodes et d'instruments de dépistage des troubles mentaux<sup>29</sup>. Étant donné que peu d'outils de dépistage des troubles mentaux adaptés au contexte québécois existent, le comité souhaite que le travail de recension amorcé se poursuive. Dans la foulée de ce recueil, l'Association propose sur son site Internet<sup>30</sup> un outil de dépistage des troubles de l'humeur et de l'anxiété, le WB-DAT<sup>31</sup>. Il suggère aussi que quatre questions de dépistage des troubles mentaux soient ajoutées à l'Indice de gravité des toxicomanies (IGT)<sup>32</sup>, modification que le comité scientifique du RISQ a récemment accepté d'effectuer. La démarche d'insertion des questions et la mise à jour des manuels est présentement en cours.

Le comité permanent met ensuite sur pied un sous-comité de dépistage avec mandat de compléter ce premier recueil en y présentant **les fondements d'un dépistage efficace des troubles mentaux parmi la clientèle des CRD ainsi que des suggestions pour que les ressources en santé mentale dépistent les problèmes de consommation parmi leur clientèle**. Ce sous-comité était composé de David Ross, Ph. D., coordonnateur au Pavillon Foster, de Candide Beaumont, psychologue, conseillère clinique à l'ACRDQ, et de Rachel Charbonneau, coordonnatrice au secteur adulte au centre Dollard-Cormier — Institut universitaire sur les dépendances..

En cours de mandat, le sous-comité découvre un manuel proposé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)<sup>33</sup>, poursuivant aussi l'objectif

---

29 Document inédit, bientôt accessible sur <http://www.À VÉRIFIER>, AINSI QUE TOUTES LES AUTRES RÉF. SUR CETTE PAGE.

30 Sur Internet: <http://wb-dat.acrdq.qc.ca>.

31 Sur Internet: <http://wb-dat.fqCRD.org/>, consulté pour la dernière fois le 15 mai 2007.

32 L'IGT est une entrevue semi-structurée qui vise à évaluer sept types de problèmes éventuels chez les personnes qui ont des problèmes liés à l'alcool ou à d'autres drogues. Voir XXX.

33 Centre de toxicomanie et de santé mentale, Méthodes de dépistage des troubles concomitants, 2006.

d'instrumenter le dépistage des troubles mentaux parmi la clientèle dépendante et la dépendance chez la clientèle manifestant un trouble mental. Puis, il prend connaissance d'un manuel publié par le Comité permanent de lutte contre les toxicomanies<sup>34</sup> abordant le dépistage des problèmes de dépendance par les médecins. Enfin, apprenant qu'un comité du réseau *Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)* avait reçu comme mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux de produire une boîte à outils de dépistage des problèmes de dépendance pour les intervenants et pour nos partenaires intervenants en première ligne, il a été convenu, que, lorsqu'il sera disponible, le résultat de ce travail sera utilisé pour bonifier la recension d'outils commencée par le sous-comité.

La décision a donc été rapidement prise de ne pas investir temps et énergie à refaire des travaux déjà si bien menés.

Le présent travail est donc principalement le fruit de la mise en commun :

- du manuel produit par le Comité permanent sur les troubles concomitants de l'ACRDQ;
- des travaux du Centre de toxicomanie et de santé mentale;

et sera enrichi du résultat des travaux du sous-comité du RISQ sur la boîte à outils de dépistage des problèmes de dépendance.

## **3.2 Les principes directeurs au regard du dépistage des troubles concomitants**

### **Définitions**

- 1) 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. En 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 », comme défini précédemment<sup>35</sup>.
- 2) Dans le contexte des troubles concomitants, le dépistage est utilisé pour déterminer si une personne présente des indices d'un problème possible de santé mentale ou de toxicomanie nécessitant une évaluation complète. L'évaluation consiste à recueillir des renseignements plus détaillés sur la nature et la portée d'un problème, ainsi que d'autres renseignements nécessaires pour élaborer un plan de traitement avec la cliente ou le client.

---

34 Comité permanent de lutte à la toxicomanie, « Le rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec », Pierre Rouillard, Md FECP, octobre 2004.

35 Comité permanent sur les troubles concomitants *op. cit.*, page 17.

## Pourquoi dépister

- 1) La prévalence des troubles concomitants est très élevée.
- 2) Le dépistage des troubles concomitants permet de tracer un portrait plus fidèle des problèmes qu'éprouve la cliente ou le client, pour qu'il soit possible de commencer à répondre à tous ses besoins cliniques.
- 3) Même une consommation minimale d'alcool ou de drogue doit être évaluée, car elle peut avoir des conséquences plus graves chez les personnes éprouvant un trouble mental<sup>36</sup>
- 4) Le client peut passer régulièrement du système de traitement de la toxicomanie au système de santé mentale et vice versa, se retrouver souvent à la salle d'urgence de l'hôpital ou être hospitalisé.
- 5) Un trouble concomitant peut avoir de nombreux effets négatifs sur la personne ou les membres de sa famille.
- 6) Un problème concomitant non dépisté peut notamment nuire à la capacité de la personne d'appliquer le plan de traitement. Par exemple, une cliente ou un client qui reçoit un traitement pour un trouble de l'humeur peut également éprouver un problème de toxicomanie qui réduit les bienfaits qu'il peut tirer de la thérapie. Ou encore, une personne qui reçoit un traitement pour un problème d'alcool pourrait également éprouver un problème lié à un traumatisme; si elle boit pour soulager ce problème, elle ne réagira peut-être pas au traitement tant que le traumatisme n'aura pas été également reconnu et n'aura pas fait l'objet d'une intervention.
- 7) Le risque de maladie mentale s'accroît avec la gravité du problème de toxicomanie. Par exemple, les personnes ayant un problème lié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues étaient deux fois plus susceptibles de répondre aux critères relatifs à la maladie mentale pendant leur vie, alors que celles ayant un problème de dépendance étaient quatre fois plus susceptibles.

## Que dépister

- 1) En général, les services de santé mentale sont plus susceptibles de servir des personnes ayant une **maladie mentale grave** comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, alors que les services de toxicomanie sont plus susceptibles de servir des personnes ayant **des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ou des troubles de la personnalité**.
- 2) Des antécédents de traumatismes et la persistance des symptômes découlant de ces traumatismes sont également très fréquents chez les clients qui ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Entre 25 % et 66 % des personnes qui reçoivent un traitement pour un problème de toxicomanie ont des

---

<sup>36</sup> Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *op. cit.*

antécédents de traumatismes; cependant, toutes les personnes ayant de tels antécédents présenteront des symptômes de syndrome de stress post-traumatique.

## Instruments et processus de dépistage

- 1) Pour être utiles, les méthodes de dépistage devraient :
  - être brèves;
  - être **valides** (un test doit mesurer ce qu'il est censé mesurer) et **fiables** (il doit donner le même résultat sur une certaine période);
  - être sensibles (un test doit identifier les personnes qui répondent aux critères correspondant à un diagnostic ou à un problème particulier) et spécifiques (il doit discerner les personnes qui ne répondent pas aux critères correspondant à un diagnostic ou à un problème particulier).
- 2) Il n'existe pas d'outil de dépistage universel pour les troubles concomitants convenant à toutes les situations de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. **Au lieu d'élaborer un protocole tout à fait nouveau pour le dépistage des troubles concomitants, la plupart des organismes greffent des éléments au travail qu'ils font déjà.** Pour les organismes de toxicomanie, il s'agit d'ajouter un processus de dépistage des problèmes de santé mentale aux procédures de dépistage déjà en place. De même, les organismes de santé mentale ajouteront une procédure de dépistage des problèmes de toxicomanie à leurs procédures établies.
- 3) Pour détecter les problèmes de toxicomanie et de santé mentale, des outils de dépistage doivent être adoptés par les différents organismes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, de sorte que les clients ayant un trouble concomitant seront plus susceptibles de faire l'objet d'un dépistage et de recevoir l'aide dont ils ont besoin.

Certains outils de dépistage de la toxicomanie ne s'appliquent qu'à l'alcool, alors que d'autres s'appliquent également aux autres drogues. De même, certains outils de dépistage de problèmes de santé mentale ne permettent de déceler qu'un type de problème (ex. : dépression, traumatismes).

Ces outils sont différents selon :

- le degré de précision des renseignements et le genre de renseignements souhaités;
- l'investissement en temps, en ressources et en formation du personnel disponible.

Certains outils sont faciles à utiliser et tout le monde peut s'en servir, alors que d'autres nécessitent une formation préalable ou encore seules certaines personnes peuvent les acheter, les administrer ou les interpréter (ex. : un psychologue ou un psychiatre autorisé).

Les outils peuvent être **quantitatifs ou diagnostiques**. Les outils quantitatifs (comme le GAIN-SS) mesurent la quantité, le degré ou la fréquence d'un paramètre (ex. : usage d'alcool ou d'autres drogues, santé mentale, utilisation de services de traitement). Les outils diagnostiques, comme leur nom l'indique, sont alignés sur les critères diagnostiques du DSM-IV et indiquent si la cliente ou le client est susceptible ou non de présenter un trouble psychiatrique. Le PDSQ en est un exemple.

Les outils se distinguent également par la **période de temps sur laquelle ils portent**. Certains, comme le CAGE-AID, portent sur toute la vie (en posant des questions comme « Avez-vous jamais... »), alors que d'autres, comme l'Épreuve de recherche des troubles liés à l'abus d'alcool (AUDIT), portent sur l'usage ou les problèmes récents (en posant des questions comme « Au cours de la dernière année... »).

- 4) Lorsque le contexte de dépistage ne se prête pas à l'utilisation d'un outil psychométrique, poser une ou deux questions simples et directes peut permettre de reconnaître la possibilité qu'un trouble existe et de disposer de renseignements supplémentaires.
- 5) Même lorsqu'on utilise un outil de dépistage structuré, le contexte peut influencer sur les résultats. Par exemple :
  - la façon de demander au client de répondre aux questions;
  - l'environnement dans lequel le dépistage est effectué (ex. : le degré d'intimité);
  - la relation de confiance qui s'est établie entre le client et l'aidant;
  - le niveau de détresse du client (ex. : si le client est en état de crise, s'il est en état d'ébriété ou s'il est en sevrage d'autres drogues).
- 6) Il convient de faire certaines mises en garde concernant le dépistage et l'évaluation de troubles concomitants :
  - Qu'on évite de déterminer prématurément lequel des deux troubles est primaire;
  - Qu'on demeure attentif à tout symptôme persistant au-delà du sevrage;
  - Qu'on oriente la personne, une fois stabilisée, vers le type de services le plus approprié à sa condition<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Centre de réadaptation Domrémey Mauricie Centre-du-Québec, « Proposition d'un modèle régional d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale », Jean-Marc Ménard, août 2001, page 3.



## **La mise en œuvre des méthodes de dépistage**

### **Au niveau de l'intégration des mesures à l'environnement régional du réseau de la santé et des services sociaux<sup>38</sup>**

- La mise en œuvre réussie d'un processus systématique et universel de dépistage exige une démarche coordonnée au niveau des organismes et des systèmes.
- Les systèmes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, de même que les organismes qui en font partie, devraient collaborer pour déterminer :
  - les outils que chaque type d'organisme utilisera;
  - les clients qui peuvent être traités sans être orientés vers un autre organisme.
  - La façon dont les clients seront transférés du système de traitement de la toxicomanie au système de santé mentale, et vice versa, afin que cette transition se fasse en douceur. Cela comprend les rôles et les responsabilités respectifs de chaque organisme ou service, les procédures d'orientation des clients, les procédés relatifs aux évaluations de suivi et à la rétroaction, les critères d'admission et de congé, les méthodes de règlement des différends, les champs d'activité respectifs ainsi que la responsabilité des services relativement à la continuité des soins.
- Un modèle permettant d'orienter les clients selon le niveau et le type de problèmes dépistés devra être adopté par les différents services du système de santé mentale et du système de traitement de la toxicomanie. L'adaptation québécoise du modèle d'intégration pour intervention auprès des personnes vivant des troubles mentaux concomitants à des troubles liés aux substances psychoactives proposé par l'ACRDQ<sup>39</sup> permet de diriger le client et de prévoir des soins adaptés au niveau de besoin de la personne. L'utilisation de ce modèle pourra aussi orienter l'établissement des besoins en matière de formation.
- L'application de protocole de dépistage provoquera des modifications dans les habitudes d'intervention : le résultat de ce dépistage provoquera notamment sans doute plus d'orientation et de travail de collaboration avec d'autres établissements ou intervenants, des modifications aux interventions habituelles et des changements d'objectif de traitement. Il générera aussi de nouvelles interventions à effectuer auprès des clients qui n'ont pas besoin d'être traités par une autre ressource. Il faudra donc planifier et prévoir la mise en application de ces modifications.
- Prévoir des modalités d'échange tenant compte des normes de confidentialité.

38 RÉSEAU ONTARIEN DES TROUBLES CONCOMITANTS (2005). *Cadre stratégique concernant les troubles concomitants*, Toronto. <[http://www.camh.net/fr/About\\_Addiction\\_Mental\\_Health/Concurrent\\_Disorders/cd\\_policy\\_framework0905fr.pdf](http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/cd_policy_framework0905fr.pdf)>.

39 Comité permanent sur les troubles concomitants (2005), *op. cit.*, page 21.

- Des formations et de la supervision devront être offertes pour accroître la capacité de gestion interne des troubles concomitants qui seront relevés à la suite de la mise en œuvre des nouvelles procédures de dépistage. **Le plan de formation devrait s'adresser à l'échelle des systèmes et être précisé une fois que les partenaires se sont entendus** sur les responsabilités respectives des services et des systèmes. La formation doit être continue et peut prendre plusieurs formes : ateliers, échange temporaire de personnel entre organismes, consultations d'experts, discussions de cas, formation multidisciplinaire... Conformément au principe voulant que toute personne ayant un trouble concomitant soit accueillie où qu'elle se présente, tous les services des deux systèmes devraient avoir ou acquérir une certaine capacité concernant les troubles concomitants.
- Il est important d'évaluer si la mise en œuvre des nouvelles pratiques de dépistage des troubles concomitants a réussi.

### **Au niveau des modes organisationnels**

- Encourager la discussion sur le dépistage à l'occasion de rencontres de discussions de cas, mais aussi dans le cadre des rencontres des instances de l'établissement.
- Offrir des occasions et des lieux de rencontres entre les intervenants de différentes ressources pour discuter du dépistage et de l'orientation des clients. Favoriser les discussions de cas avec ces intervenants.
- Discuter des répercussions possibles des protocoles et de l'administration de nouveaux outils de dépistage sur les activités quotidiennes de l'organisme.
- Élaborer ou adapter des protocoles de dépistage.
- Déterminer comment il faudra modifier les formulaires, les rapports, le cheminement des clients.

### **Au niveau des activités cliniques entreprises par les intervenants**

- Favoriser les échanges d'information avec les partenaires de la santé mentale.
- Promouvoir l'utilisation d'outils de dépistage.
- Promouvoir l'échange d'expertise des partenaires.
- Former à l'élaboration de plan d'intervention et de PSI et superviser la démarche.

- Motiver au dépistage en démontrant les avantages pour le client (démonstration des gains faits lors de suivi mixte, démonstration d'une meilleure rétention au traitement, d'un partage des responsabilités par des intervenants de secteurs différents...).

## 4 Messages clés et recommandations

Le présent texte reste à être soumis à la Table des responsables cliniques de l'ACRDQ. Puis, il sera présenté à des partenaires pour commentaires. Il sera alors bonifié pour tenir compte de ces réactions.

À cette étape de ses travaux, le Comité permanent sur les troubles concomitants constate :

- 1. une reconnaissance par les intervenants et les gestionnaires des centres de réadaptation de l'existence et de l'importance de la problématique des troubles concomitants. À titre d'exemple, la très grande majorité des centres ont offert des formations en matière de santé mentale et de troubles concomitants;**
- 2. une implication microscopique et un niveau intermédiaire en émergence.** Autant les intervenants que les gestionnaires sont impliqués. Les intervenants instaurent des activités cliniques spécifiques en matière de troubles concomitants. Les intervenants utilisent présentement leur potentiel pour faire un suivi auprès de cette clientèle. Ils se butent cependant à des problèmes de ressources de soutien dans leur établissement, de supervision, de partenariat et de continuité de services. L'arrimage au quotidien se passe davantage dans l'informel. Plusieurs gestionnaires sont déjà engagés dans la recherche de solutions organisationnelles, notamment à travers le projet clinique, pour répondre aux besoins de la clientèle. Plus de 80 % des coordonnateurs cliniques affirment participer à des projets de collaboration avec des partenaires de la santé mentale;
- 3. la non formalisation des expériences d'intervention.** On constate que la majorité des expériences de collaboration est informelle. Les intervenants utilisent présentement leur potentiel à faire un suivi auprès de cette clientèle exigeante.
- 4. un niveau macroscopique encore à développer et à intégrer.** Constatation d'un manque de vision réseau quant à l'opérationnalisation des recommandations de toxicomanie, de jeu pathologique et de troubles mentaux de l'ACRDQ. L'implication des coordonnateurs cliniques ne semble pas être intégrée aux orientations régionales en matière de développement des services de santé et des services sociaux. À titre d'exemple, la clientèle des troubles concomitants n'a pas ou très peu été considérée dans le plan d'action en santé mentale; de même, bien que des discussions se soient tenues dans certains territoires dans le cadre des projets cliniques et qu'elles aient mené à quelques ententes formelles, le résultat est encore bien timide et insuffisant au regard des besoins de collaboration pour bien desservir cette clientèle. Toutefois, des expériences prometteuses sont en cours (CRAT-CA, Dollard-Cormier). Ces expériences proposent un cadre de gestion et d'intégration des services pour les clientèles présentant des troubles concomitants;
- 5. que les établissements spécialisés à vocation régionale** que sont les CRD ont souvent **des moyens insuffisants pour participer à l'élaboration**

- des projets cliniques**, particulièrement en ce qui concerne les troubles concomitants. Alors que le lieu de discussion des projets cliniques est local, la problématique des troubles concomitants semble nécessiter une vision régionale. Avec peu de moyens, les CRD doivent discuter des troubles concomitants dans plusieurs territoires de CSSS à la fois;
6. que les centres de réadaptation pour leur part reçoivent principalement des personnes aux prises avec des troubles mentaux légers ou modérés. **Ils peuvent les accueillir en complémentarité de soin avec les services de santé mentale qui les auraient dépistées. Les CRD ont développé une expertise à répondre aux besoins des personnes vivant avec un trouble léger et modéré de santé mentale tant en ce qui concerne le dépistage, de l'évaluation et de l'évolution des symptômes pendant le traitement pour la toxicomanie.** Les actions de développement de services intégrés devraient renforcer cette position et favoriser les services et les programmes intégrés pour les troubles graves et persistants. Les CRD peuvent répondre aux besoins des personnes atteintes d'un trouble léger ou modéré. Les CRD contribuent déjà et pourraient, s'ils étaient dotés de plus de personnel, faire davantage profiter de leur expérience pour contribuer à la stabilisation, à l'amélioration du mode de vie et au bien-être et à la consolidation dont ce client a besoin. Il s'agit donc de consolider les ressources de façon à établir les ponts avec les autres ressources des services de santé mentale et communautaires;
  7. qu'en matière de troubles concomitants les centres de santé mentale reçoivent des demandes de personnes manifestant des troubles sévères et persistants. **Les CRD peuvent participer à la mise sur pied de programmes intégrés pour cette clientèle puisqu'elle fréquente aussi leurs services** et que le travail en étroite collaboration entre les services de santé mentale et de toxicomanie s'avère essentiel pour cette clientèle.

**À la suite de ces constats clés et à d'autres considérations ressortant de cette démarche, le comité recommande:**

- que les centres reconnaissent et fassent valoir que les interventions auprès de la clientèle avec des troubles concomitants doivent généralement faire partie d'un processus intégré, transversal et continu plutôt que séquentiel et étagé;
- que l'adaptation québécoise d'un modèle d'intégration pour intervention auprès des personnes vivant des troubles mentaux concomitants à des troubles liés aux substances psychoactives<sup>40</sup>, déjà présentée dans le manuel *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*<sup>41</sup>, soit suggérée comme base aux protocoles de dépistage, d'évaluation, d'orientation, de traitement et de suivi des personnes vivant un trouble concomitant;

---

<sup>40</sup> Voir page 11.

<sup>41</sup> Comité permanent sur les troubles concomitants (2005), *op. cit.*, page 21.

- qu'étant donné que les CRD ont développé une expertise pour répondre aux besoins des personnes vivant avec un trouble léger et moyen de santé mentale tant sur le plan du dépistage, de l'évaluation que de l'évolution des symptômes pendant le traitement pour la toxicomanie, les actions et le développement à venir devraient renforcer cette position de façon à améliorer la qualité des services pour diminuer les souffrances et les coûts reliés aux incapacités actuelles des CRD. Il faut permettre aux CRD de bien remplir ce mandat seul et en collaboration avec divers organismes du milieu de la santé mentale;
- qu'à cause de leur expertise en matière de dépendance, les CRD devraient contribuer au développement de services et de programmes intégrés pour les troubles graves et persistants;
- que chaque centre de réadaptation pour alcooliques et autres toxicomanes dispose au moins d'un poste d'agent de liaison dédié aux problèmes de troubles concomitants. Les fonctions de liaison et de coordination avec les partenaires seraient mieux soutenues;
- que tous les centres de réadaptation établissent des corridors de services formalisés avec les partenaires de la santé mentale;
- que les centres de réadaptation encouragent l'élaboration de plans de services individualisés en collaboration avec les services de santé mentale impliqués;
- que les CRD se reconnaissent la responsabilité de sensibiliser leurs partenaires au dépistage de la dépendance chez la clientèle des services de santé mentale;
- que l'ACRDQ fasse des représentations pour sensibiliser le MSSS, les ASSS, les CSSS au besoin d'un cadre de référence global en matière de gestion des troubles concomitants comprenant des protocoles de dépistage et d'aiguillage des problèmes de consommation et de jeu parmi leur clientèle;
- que le dépistage systématique des troubles mentaux et des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire soit appliqué dans tous les centres de réadaptation, tant en ce qui concerne la clientèle jeune qu'adulte;
- que l'Association et les CRD en collaboration avec le MSSS et les chercheurs compétents construisent ou fassent l'adaptation ou la traduction nécessaire d'instruments de dépistage et d'évaluation des troubles concomitants, en tenant compte des deux problématiques et de leur interaction, en facilitant l'échange de renseignements entre les services impliqués et en favorisant l'élaboration des PI et des PSI propres aux différents troubles concomitants les plus fréquents;
- que l'Association chapeaute un programme national de formation et de supervision appuyé sur les fondements et les lignes directrices dégagés des travaux du comité :

- En ce sens, qu'elle mette à la disposition des membres un contenu de formation au regard des troubles concomitants afin que les régions puissent les appliquer selon le besoin qu'elles auront évalué. Le contenu de ce programme devrait comporter un éventail de données probantes sur l'intervention auprès de la clientèle vivant des troubles concomitants, des méthodes probantes de transfert de connaissances et de compétences clés. De façon à répondre aux besoins locaux et régionaux, le contenu de ce programme devrait comporter des grilles d'analyse des ressources et des besoins de formation permettant d'effectuer les choix de contenu et de modalités dans la banque provinciale de contenu. Il s'agit ici d'aider les intervenants locaux et régionaux à tracer des trajectoires de services qui seraient adaptées à la situation de leur territoire, à élaborer et à mettre en œuvre leur projet clinique;
- que l'Association recommande aux CRD :
  - de s'impliquer ou de continuer de s'impliquer dans les projets cliniques en santé mentale et en dépendance afin de s'assurer que les troubles concomitants soient désignés comme une priorité d'action à moyen terme par les partenaires du réseau local de services,
  - de déterminer des modalités d'organisation de services pour soutenir des projets d'intervention communs;
- que l'Association appuie concrètement les CRD dans le processus de développement des services intégrés pour la clientèle vivant des troubles concomitants;
- que l'Association influence le MSSS et l'ASSS pour qu'ils s'impliquent concrètement dans les mesures annoncées dans le plan d'action en santé mentale, soit :
  - au niveau national, que le MSSS favorise la diffusion d'information sur les expériences de travail mixte réussies entre le réseau de la santé mentale et celui de la toxicomanie,
  - au niveau régional, que les agences régionales (ASSS) soutiennent la réalisation d'ententes de travail mixte afin de faciliter la collaboration entre les centres de réadaptation et l'ensemble des CSSS d'une région;
- que le MSSS favorise les échanges directs entre les intervenants des centres de réadaptation et les intervenants des services de santé mentale de deuxième ligne, dans les cas où cette collaboration est souhaitable et où le cas provenant du centre de réadaptation ou du service de santé mentale est bien documentée et que la ressource en dépendance ou en santé mentale peut offrir un accompagnement professionnel au client orienté vers le partenaire.

## 5 Principale bibliographie

BRITISH COLUMBIA CENTRE OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH (sans date). Mainstreaming Women's Mental Health: Building a Canadian Strategy. Internet : < t [http://www.bccewh.bc.ca/policy\\_briefs/Mental\\_Health\\_Brief/mentalbriefv7.pdf](http://www.bccewh.bc.ca/policy_briefs/Mental_Health_Brief/mentalbriefv7.pdf)>. Consulté le 18 juillet 2006.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (2005). Substance Abuse Treatment for People with Co-Occurring Disorders, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 42, DHSS Publication (SMA) 05-3922, Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

COMITÉ CLINIQUE POUR L'IMPLANTATION DU RÉSEAU LOCAL EN SANTÉ MENTALE. La vision, les valeurs et les liens d'action, phase 1 - Rapport du Comité clinique pour l'implantation du réseau local en santé mentale - Plan d'implantation du réseau local en santé mentale dans les territoires du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, janvier 2006, page 25.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, Comité permanent sur les troubles concomitants (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, 48 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, Pierre Rouilland, Md. FECF. *Le rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec*, octobre 2004.

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (2003). Current Practice in Management of Clients with Comorbid Mental Health and Substance Use Disorder in Tertiary Care Settings (National Drug Strategy and National Mental Health Strategy's National Comorbidity Project), Canberra, Australie, Internet (sous le titre « National Comorbidity Project ») : [www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-comorbidity-index.htm](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-comorbidity-index.htm), consulté le 18 juillet 2006.

CONTANDRIOPOULOS, DENIS, TOUATI, RODRIGUEZ (2001). « Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre », *RUPTURES*, revue transdisciplinaire en santé, 8, 2, p: 38-52.

GITBERG, M., et L. VAN WYK (2004). « Trauma and Substance Use », dans S. Harrison et V. Carver, éd., *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, 3<sup>e</sup> éd., Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, 96 p. Sur Internet - <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>, consulté la dernière fois le 15 mai 2007.

KIRBY, M. (sous la présidence de). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : aperçu des politiques et programmes au Canada – Partie 1 : Le visage humain de la maladie mentale et de la toxicomanie*, Le Sénat du Canada, 2004, 275 p.,



<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report1/repintnov04vol1table-f.htm>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Process of translation and adaptation of instruments. Internet :  
<[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)>, consulté le 15 août 2006.

RÉSEAU ONTARIEN DES TROUBLES CONCOMITANTS (2005). Cadre stratégique concernant les troubles concomitants, Toronto. Internet :  
<[http://www.camh.net/fr/About\\_Addiction\\_Mental\\_Health/Concurrent\\_Disorders/cd\\_policy\\_framework0905fr.pdf](http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/cd_policy_framework0905fr.pdf)>.

RUSH, B., N. ZASLAVSKA et S. VELDHUIZEN (2005). *A Comparison of Alternative Approaches for Screening for Substance Abuse in Two Community Mental Health Services*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

## 6 Annexe 1. Modèles d'ententes de partenariat

Pour connaître quelques modèles canadiens de services aux clientèles manifestant des troubles concomitants :

### **Concurrent Disorders Treatment : Models for Treating Varied Populations.**

Jennifer Puddicombe, Research Coordinator; Dr. Brian Rush, Senior Scientist; Christine Bois, Concurrent Disorders Knowledge Exchange Manager; Program Models Project 2003-04.

### **Inventaire national des programmes – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie.**

Préparé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale en collaboration avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies – *Stratégie canadienne antidrogue*.

Cette publication est disponible sur Internet à l'adresse [www.dcs-sca.com](http://www.dcs-sca.com).

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du document, prière de s'adresser aux :

Publications Santé Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
Téléphone : 613 954-5995  
Télécopieur : 613 941-5366  
© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001  
H39-599/2001 – 1F  
ISBN 0-662-86531-6

**Description du projet de collaboration entre l'Estran, Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent CSSS de Rivière-du-Loup, le CSSS Les Basques, le CSSS Témiscouata et le CSSS Kamouraska**

<b>CENTRE</b>	L'Estran, Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent CSSS de Rivière-du-Loup	
<b>RÉPONDANT</b>	Guy Therriault, ARH	Tél. : 418 868-1010 poste 2355 Courriel guy.therriault.estran.csssrdl@ssss.gouv.qc.ca
<b>TITRE DU PROJET</b>	Équipe de soins partagés en santé mentale (adulte) (Voir les coordonnées complètes sur le dépliant en pièce jointe au message de transmission de la présente fiche)	
<b>CLIENTÈLES REJOINTES</b>	Clientèle de santé mentale hospitalisée, en milieu ouvert et en cabinet privé	
<b>PARTENAIRES IMPLIQUÉS</b>	CSSS Les Basques, CSSS Témiscouata, CSSS Kamouraska	
<b>DESCRIPTION</b>	Voir le dépliant en pièce jointe.	
<b>PERSONNES-RESSOURCES</b>	Martine Bouchard, inf. Éric Viens, ts. Dr Jean-François de la Sablonnière, psychiatre Dr Gérard St-Onge, psychiatre	
<b>DOCUMENTS JOINTS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> OUI ... ►► <input type="checkbox"/> NON	1.-Dépliant 2.- 3.- 4.- 5.- ...

Pour des réponses à vos questions :

Quelles modifications puis-je apporter à la médication de mon patient qui n'est pas connu en psychiatrie ?

Un participant à nos activités a changé brusquement de comportement. Est-ce qu'il y a des démarches particulières qui devraient être entreprises ?

J'ai un client dans ma charge de cas qui accapare plus de temps que tous mes autres clients. Comment puis-je redistribuer mon intervention ?

Quels sont les critères qui permettent de distinguer un diagnostic plus qu'un autre ?

J'ai entendu parler d'une nouvelle approche. Est-ce que vous pouvez me documenter sur ce sujet ?

L'Équipe de Soins et Services partagés en Santé mentale



- ... pour briser l'isolement dans la pratique.
- ... pour mettre en commun les expertises.
- ... pour partager les difficultés et amener des solutions.

Équipe de Soins et Services partagés en Santé mentale (adulte)



Coordonnées :

75, rue St-Henri  
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A  
Tél: (418) 868-1010, poste 2754  
Fax: (418) 868-0530  
Courriel : [espsm.ccsrtdl@ssss.gouv](mailto:espsm.ccsrtdl@ssss.gouv)

## OBJECTIFS :

- Développer l'expertise en santé mentale chez les partenaires de première ligne
- Créer un réseau intégré de services en santé mentale au plan clinique au sein du KRTS
- Partager la responsabilité des soins et services en santé mentale selon la hiérarchisation des services
- Offrir du soutien aux patients dans les équipes multidisciplinaires de soins MHC et aux intervenants psychosociaux qui travaillent avec des personnes qui présentent des problèmes multiples dont un aspect relève de la santé mentale

## SERVICES :

Tâches cliniques : Offertes dans chacune des 12 PC sous forme de rencontres hebdomadaires de deux heures. Calendrier établi selon structure des MHC.

## Soutien technique ou psychosocial :

Conseils, guidance, orientation  
Coaching, offre équipe comme un service anti-stigmatisation pour les intervenants

## Soutien à l'intervention :

- Collaboration à la mise en place de groupes
- Préparation des plans de services individuels (PSI)
- Discussion de cas individuels

## Formateurs/ceuses :

- Conférenciers aux 3 mois dans chacune des MHC
- Des modèles de « coaching » ou « mentoring » écrit présentement à l'étude

## À QUI S'ADRESSE CE SERVICE ?

Omniculturalistes  
Travailleurs sociaux  
Infirmiers  
Techniciens en travail social  
Psychologues  
Etc.,

## Aux partenaires intersectoriels :

Milieux de vie  
Centre des Femmes  
SENCO La Ressource  
Tout organisme chez qui un ou des participants vit une difficulté au plan de la santé mentale.

**NAI :** La personne vivant une difficulté, ou l'intervenant impliqué, doit être du secteur du KRTS. Nos services sont à la disposition de l'intervenant pour faciliter ses interventions.

\* L'Équipe de Santé et Services partagés est un projet pilote en voie de procéder et tout jours en évolution.

## MEMBRES DE L'ÉQUIPE :

Nancy Gagné, inf. B.Sc.  
Catherine Thériault-Fortier, T.S.  
Alain Marier, psychologue  
Renald Laliberté, psychologue  
Dr J-François De La Sablonnière, psychiatre  
Dr Gérard St-Onge, psychiatre

**NAI :** Ces personnes sont impliquées à temps partiel.



## Description du projet de collaboration entre le Centre le Maillon de Laval et l'hôpital Cité de la santé de Laval

<b>CENTRE</b>	Centre Le Maillon de Laval	
<b>RÉPONDANT</b>	Jean-Claude Gauthier, M. Ps, psychologue	Tél. : 450 975-4054 poste 4058 Courriel : jean.claude.gauthier.cjl@ssss.gouv.qc.ca
<b>TITRE DU PROJET</b>	Traitement intégré des troubles concomitants (toxicomanie et trouble de santé mentale sévères et persistants)	
<b>CLIENTÈLES REJOINTES</b>	Tous les clients suivis en psychiatrie de l'hôpital Cité de la Santé de Laval qui présentent à la fois une toxicomanie ainsi qu'un trouble de santé mentale sévère et persistant.	
<b>PARTENAIRES IMPLIQUÉS</b>	Psychiatrie et hôpital Centre de jour de la Cité de la santé de Laval et Centre le Maillon de Laval, CR en dépendance	
<b>DESCRIPTION</b>	<p>Projet qui en est à sa troisième année d'implantation</p> <p>À l'origine, nous avons offert un programme de thérapie de groupe structuré de 8 à 10 semaines aux clients désirant augmenter leur motivation au changement ou modifier leurs habitudes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Trois séries de groupes ont été offertes annuellement durant 2 ans. Le programme est offert dans les locaux de l'hôpital Centre de jour et comporte un contact étroit avec les intervenants principaux référents. Les groupes sont co-animés par un intervenant de la santé mentale et un autre du champ de la toxicomanie.</p> <p>Chaque candidat reçoit une évaluation de dépistage (au moyen des outils DÉBA) jumelée à une évaluation clinique et une orientation au programme sur place, une orientation au CR en dépendance ou aucune autre intervention et un compte rendu au référent.</p> <p>À partir de sa 3<sup>e</sup> année d'existence, nous avons diversifiés nos services pour offrir, en plus du programme de groupe structuré, la possibilité de suivis individuels ainsi qu'un groupe de soutien mensuel. La formule de coanimation et de travail en équipe d'intervenants mixte est, encore une fois, préconisée.</p>	
<b>PERSONNES-RESSOURCES</b>	<p>Pour l'hôpital Centre de jour de la Cité de la santé de Laval :</p> <p>Nathalie Lessard, ergothérapeute Suzie Dauphinais, infirmière</p> <p>Pour le Centre le Maillon de Laval :</p> <p>Jean-Claude Gauthier, psychologue Liliane Rimpel, infirmière</p>	
<b>DOCUMENTS JOINTS</b>	<input type="checkbox"/>	NON

## Description du projet de collaboration entre le Centre André-Boudreau et le Centre du Florès

<b>CENTRE</b>	Centre André-Boudreau	
<b>RÉPONDANT</b>	Hébert Parisé	Tél. : 450 432-1118 Courriel : hebert_parise@ssss.gouv.qc.ca
<b>TITRE DU PROJET</b>	Ressource résidentielle de réadaptation pour une clientèle présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.	
<b>CLIENTÈLES REJOINTES</b>	Des personnes de 18 à 35 ans présentant un trouble concomitant. Ces personnes doivent avoir des besoins au niveau résidentiel et nécessiter un encadrement soutenu.	
<b>PARTENAIRES IMPLIQUÉS</b>	Centre du Florès	
<b>DESCRIPTION</b>	<p>Le mandat de la ressource d'hébergement est d'offrir aux usagers présentant des troubles concomitants un programme de réadaptation psychosociale avec deux objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'engagement et le soutien de la démarche de changement liée à la consommation, et ce, dans une perspective de réduction des méfaits;</li> <li>• le rétablissement psychiatrique.</li> </ul>	
<b>PERSONNES-RESSOURCES</b>	Marie-Josée Dubé, Centre André-Boudreau, 450 562-3761, poste 7139 Maxime Caron, Centre du Florès, 450 436-5437	
<b>DOCUMENTS JOINTS</b>	<input type="checkbox"/> OUI ... ►► <input type="checkbox"/> NON	1.- 2.- 3.- 4.- 5.- ...

## Description de la collaboration entre le Centre André-Boudreau et le Centre du Florès

### Programmes

La Clinique offre des services spécialisés aux personnes présentant des pathologies du spectre psychotique et aux personnes persécutées de troubles sévères de la personnalité associés de conduites addictives. Deux programmations ont été élaborées en lien avec les besoins spécifiques de ces populations.

Dans cette approche intégrée, le traitement offert a pour objet un ensemble de services qui prend en compte la motivation du client (cycle du changement de Prochaska), l'entretien motivationnel adapté à chaque étape du changement et qui propose une approche thérapeutique éclectique prenant les éléments pertinents des approches stratégiques, cognitivo-comportementales, une version adaptée de l'approche dialectique comportementale de Marsha Linehan, certains concepts psychodynamiques empruntés à Fenichel et Bateman (la mentalisation), Kohut, Gunderson, la réduction des méfaits et un soutien de réadaptation psychosociale complète avec un volet psychoéducatif, pour ne nommer que quelques éléments des programmes de traitement.



**clinique  
Cormier-Lafontaine**

Une collaboration  
entre le Centre Orléan-Cormier  
et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

## Un pont entre deux rives

...pour favoriser l'accessibilité  
à des soins coordonnés aux  
personnes présentant à la fois

**Pour  
communiquer  
avec la Clinique**

La Clinique est ouverte  
du lundi au vendredi  
de 9 h à 16 h 30

Téléphone : (514) 282-8060  
Télécopieur : (514) 282-5030

110, rue Prince-Arthur Ouest, 2<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec)  
H2X 1S7

### Présentation

Au cours des deux dernières décennies, les préoccupations quant aux troubles concomitants liés à l'alcoolisme, à la toxicomanie et à la santé mentale ont été vivifiées par le fort taux de prévalence d'une telle comorbidité et de ses répercussions à plusieurs niveaux. Cette double problématique exige de franchir des obstacles propres à des systèmes spécialisés qui travaillent souvent en parallèle, pour en arriver à une approche intégrée, tant au plan du système que du programme de traitement, afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle.

C'est dans ce contexte que naît en novembre 2001 la Clinique Cormier-Lafontaine, définie essentiellement comme un service de 3<sup>e</sup> ligne. Elle reflète le mariage de deux expertises soit, celle du Centre Orléan-Cormier, un chef de file en réadaptation en alcoolisme, toxicomanie, jeu pathologique, et celle de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, reconnu pour son expertise de fine pointe en santé mentale, d'où son appellation (Cormier-Lafontaine).

Ce projet conjoint est donc mis sur pied afin de jeter un pont entre deux rives afin de favoriser le rapprochement des deux réseaux impliqués tout en visant l'excellence des pratiques pour la rétablissement de cette population.

### Modalités de référence

Les demandes de services peuvent être faites par un médecin ou un professionnel spécialiste de la 2<sup>e</sup> ligne du réseau de la psychiatrie ou de la réadaptation, après entente spécifique. Un formulaire de demande de services est disponible à la Clinique. La demande doit être accompagnée d'une documentation clinique récente sur la condition de la personne référée.

La contribution des partenaires étant essentielle, la Clinique préconise une collaboration étroite avec les référents tout au long du processus d'évaluation et de traitement. Ces partenaires de la 2<sup>e</sup> ligne assureront la continuité de la prise en charge suite à l'intervention de la Clinique.

- L'efficacité et l'efficience d'une intervention spécifique basée sur l'approche de réduction des méfaits et l'approche motivationnelle.
- Les principaux services directs dispensés à la clientèle sont :
  - Évaluation et traitement interdisciplinaires
  - Interventions individuelles et de groupes
  - Interventions de réseau (famille, intervenants...)
  - Liaison et soutien aux référents
- La Clinique offre également des services indirects à ses partenaires (Établissements/Organismes) :
  - Soutien aux instances de 2<sup>e</sup> et 1<sup>re</sup> lignes impliquées dans le traitement des conditions à l'intersection de la santé mentale et des addictions.
  - Service de consultation clinique aux instances des deux réseaux.
  - Transfert des connaissances par des activités de formation dans la région de Montréal et ses environs.
  - Contribution à l'avancement de la recherche en comorbidité en collaboration avec les centres de recherche de la région.

### Mission

Le mandat régional de la Clinique Cormier-Lafontaine est explicite :

- Dispenser et rendre accessibles des soins et des services intégrés de 3<sup>e</sup> ligne aux personnes qui présentent à la fois des problèmes sévères, voire réfractaires de santé mentale et de conduites addictives ou un risque réel de rechute lié à l'une ou à l'autre de ces conditions, en prolongement des missions du

### Prestation des services

Trois principes généraux orientent l'organisation de nos services :

- La prédominance d'une approche intégrée c'est-à-dire, la mise en œuvre simultanée des interventions pour la toxicomanie et pour la problématique psychiatrique;



## Annexe 2. Références pour l'élaboration de formation

**Le "TIP 42" (2005) – Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders, voir :**

<http://download.ncadi.samhsa.gov/prevline/pdfs/bkd515.pdf>

**Pour le TIP 44 (2005) – Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system, voir :**

<http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productDetails.aspx?ProductID=17183>

**Pour prendre connaissance de certains manuels de formation, voir :**

<http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/cooccurring/default.asp>

[http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/toolkits/cooccurring/DDWorkbookAJ1\\_04.pdf](http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/toolkits/cooccurring/DDWorkbookAJ1_04.pdf)

[http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/toolkits/illness/16.IMR\\_Workbook.pdf](http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/toolkits/illness/16.IMR_Workbook.pdf)

<http://mhlp.fmhi.usf.edu/web/mhlp/sparc.cfm>

**Pour prendre connaissance d'informations utiles pour l'élaboration de formations éventuelles, voir :**

[http://www.camh.net/About\\_Addiction\\_Mental\\_Health/Concurrent\\_Disorders/cd\\_enhancing\\_knowledge\\_ont04.pdf](http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/cd_enhancing_knowledge_ont04.pdf)

[http://www.camh.net/fr/About\\_Addiction\\_Mental\\_Health/Concurrent\\_Disorders/beyond\\_the\\_label\\_toolkit05fr.pdf](http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/beyond_the_label_toolkit05fr.pdf)

[http://www.camh.net/fr/About\\_Addiction\\_Mental\\_Health/Concurrent\\_Disorders/Concurrent\\_Disorders\\_Information\\_Guide/concurrent\\_disorders\\_infoguidefr.pdf](http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/Concurrent_Disorders_Information_Guide/concurrent_disorders_infoguidefr.pdf)

<http://www.nccbh.org/cooccurringreport.pdf>

(voir l'appendice F, p. 52)

## Annexe 3. Quelques outils et procédures de dépistage

### Outils et procédures de dépistage des troubles mentaux

#### Questions sur la santé mentale

Les trois questions suivantes peuvent être posées pour déterminer si une cliente ou un client a un problème de santé mentale. Comme ci-dessus, il faut obtenir des précisions si la cliente ou le client répond par l'affirmative à au moins une d'entre elles<sup>43</sup>.

- « Avez-vous déjà eu un diagnostic de troubles mentaux par un professionnel de la santé qualifié en santé mentale? »
- « Avez-vous déjà été hospitalisé pour un trouble mental? »
- « Vous êtes-vous déjà blessé ou avez-vous déjà pensé à la possibilité de vous blesser, mais non comme résultat direct de votre consommation d'alcool ou de drogues? »

#### Procédures de dépistage « Niveau 1 » (adolescents et adultes)

Il est proposé aux organisations qui n'appliquent pas de protocole de dépistage d'utiliser au moins le processus clinique suivant, tant pour la clientèle adulte qu'adolescente.

#### **Pendant l'entrevue initiale, le clinicien intègre à son processus d'évaluation habituel les trois questions<sup>42</sup> suivantes :**

- Avez-vous déjà reçu un diagnostic de troubles mentaux par un professionnel de la santé qualifié en santé mentale? (oui/non)
- Avez-vous déjà été hospitalisé pour un trouble mental? (oui/non)
- Vous êtes-vous déjà blessé ou avez-vous déjà pensé à la possibilité de vous blesser, sans que cette blessure soit une conséquence directe de votre consommation d'alcool ou de drogues? (oui/non)

#### **L'intervenant observe et vérifie aussi les indicateurs (symptômes) comportementaux cliniques et sociaux<sup>43</sup> suivants :**

##### **Apparence, vivacité d'esprit, affect et anxiété :**

- Apparence : Apparence générale, hygiène et tenue vestimentaire

---

42 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.42. – Les questions doivent être adaptées selon la clientèle à laquelle elles s'adressent.

43 *Ibid.*

- Vivacité d'esprit : Quel est le niveau de conscience?
- Affect : Exaltation ou dépression : gestes, expression faciale et discours
- Anxiété : La personne est-elle nerveuse, phobique ou paniquée?
- 

**Comportement :**

- Mouvement : Rythme (hyperactif, hypoactif, abrupt ou constant?)
- Organisation : Cohérent et axé sur les objectifs?
- Intention : Bizarre, stéréotypé, dangereux ou impulsif?
- Discours : Rythme, organisation, cohérence et contenu

▪ **Cognition :**

- Orientation : Personne, lieu, temps
- Calcul : Mémoire et tâches simples
- Raisonnement : Intuition, jugement, solution de problèmes
- Cohérence : Idées incohérentes, délires et hallucinations

Bien que cette pratique minimale de dépistage puisse s'avérer insuffisante pour détecter tous les troubles mentaux, elle pourra constituer une approche efficace dans plusieurs cas.

Ces questions doivent être adaptées à la réalité des adolescents. Les informations en provenance de l'entourage seront également très précieuses.

## **Indice de gravité d'une toxicomanie adulte sous-échelle « état psychologique » (IGT)**

### **Description**

La sous-échelle « état psychologique » de l'IGT (voir la note ci-dessous) comprend 14 questions pour la cliente ou le client et 3 questions pour l'intervieweur. Elle porte sur les 30 derniers jours pour certaines questions et sur toute la vie pour d'autres.

### **Populations visées**

L'IGT convient aux adultes des deux sexes pour qui la consommation d'alcool et d'autres drogues apparaît comme le principal problème. Il a également été employé auprès de personnes ayant des troubles psychiatriques, de femmes enceintes et de personnes ayant commis des actes criminels.

### **Administration, notation et interprétation**

Pour obtenir des renseignements sur l'IGT, consultez le site <http://www.risq-cirasst.umontreal.ca/igt.html>.

On peut commander l'IGT en appelant au 514 385-3490, poste 1133. En outre, un guide clinique en français sur l'IGT peut être commandé au même numéro.

**Remarque :** L'IGT est une entrevue semi-structurée qui vise à évaluer sept types de problèmes éventuels chez les personnes qui ont des problèmes liés à l'alcool ou à d'autres drogues :

- santé physique;

- emploi et ressources;
- alcool;
- drogue;
- situation judiciaire;
- situation de famille et statut social;
- état psychologique.

L'IGT est employé pour la planification du traitement et l'évaluation des résultats.

L'IGT produit deux ensembles de scores :

- une cote de gravité établie par l'intervieweur déterminant à quel point la cliente ou le client a besoin d'un traitement;
- une cote composite, produite par ordinateur, de la gravité des problèmes au cours des 30 jours précédents.

Il est suggéré d'ajouter au questionnaire d'entrevue d'évaluation « Indice de gravité d'une toxicomanie » (IGT) les quatre questions<sup>44</sup> suivantes à l'échelle « État psychologique » :

Avez-vous connu une période significative (n'étant pas une conséquence directe de la consommation d'alcool ou de drogues) au cours de laquelle vous avez (0=non; 1=oui) :

- éprouvé des difficultés importantes à contrôler votre alimentation (alimentation excessive, purgation, incapacité de manger) durant les 30 derniers jours? \_\_\_\_ pendant votre vie? \_\_\_\_
- éprouvé des troubles de sommeil (s'endormir et demeurer endormi, trop dormir) durant les 30 derniers jours? \_\_\_\_ pendant votre vie? \_\_\_\_
- éprouvé des attaques de panique ou d'anxiété extrême durant les 30 derniers jours ? \_\_\_\_ pendant votre vie? \_\_\_\_
- vécu un traumatisme à cause duquel vous avez eu des *flash-backs* durant les 30 derniers jours? \_\_\_\_ pendant votre vie? \_\_\_\_

La reconnaissance des symptômes associés à un trouble mental s'avère essentielle de façon à ensuite offrir à ceux qui le nécessitent une évaluation et un traitement adaptés à leurs besoins.

---

<sup>44</sup> Santé Canada (2002), *op. cit.*, p.43.

## Questions sur la dépendance

Voici trois questions suggérées. Si la cliente ou le client répond par l'affirmative à au moins une d'entre elles, il faut chercher à obtenir des précisions.

- « Avez-vous déjà eu des problèmes associés à votre consommation d'alcool ou d'autres drogues? »
- « Un parent, un ami, un médecin ou un autre travailleur de la santé s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou de drogues ou vous a-t-il suggéré de la réduire? »
- « Avez-vous déjà dit à une autre personne, 'Non, je n'ai aucun problème [d'alcool ou de drogues]', alors qu'en même temps vous vous questionniez et vous vous disiez 'Peut-être ai-je un problème?' »

## CAGE-AID

### Description

Le CAGE-AID est un outil de dépistage à quatre questions :

- Avez-vous jamais senti que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues?
- Est-ce que des personnes vous ont importuné en vous critiquant au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues?
- Avez-vous jamais éprouvé du remords ou de la culpabilité au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues?
- Avez-vous déjà commencé la journée en buvant ou en prenant des drogues pour vous donner de l'aplomb ou pour vous débarrasser de la sensation de gueule de bois?

Cet outil a été adapté du CAGE initial, qui était conçu pour dépister les problèmes d'alcool. Il pose des questions sur la consommation pendant la vie.

### Populations visées

Le CAGE-AID convient aux adultes et aux adolescents (de plus de 16 ans).

### Administration, notation et interprétation

Le CAGE-AID peut être administré par un intervieweur ou par ordinateur, ou encore sous la forme d'un questionnaire à remplir soi-même sur papier. Il nécessite deux minutes tout au plus et ne requiert aucune formation préalable. Un score de deux réponses affirmatives ou plus indique que la cliente ou le client pourrait présenter une consommation nuisible ou dangereuse et nécessite une évaluation plus complète.

Le CAGE-AID est une adaptation du CAGE (le DETA). Une traduction française des questions du CAGE existe dans *Démarches épidémiologiques après une catastrophe* : Module VI – Outils psychométriques, p. 66-67.

Vous trouverez cette publication à l'adresse suivante :

[www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie\\_catastrophes/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/index.html).

Pour tout renseignement concernant le CAGE et le CAGE-AID, voir *Le Rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec*.

## **AUDIT**

### **Description**

L'Épreuve de recherche des troubles liés à l'alcool (AUDIT) est un questionnaire de dix questions permettant de faire le dépistage d'habitudes de consommation d'alcool néfastes ou dangereuses.

Recherche des troubles liés à l'abus d'alcool (AUDIT)

### **Populations visées**

L'AUDIT est particulièrement adapté aux soins primaires et il est utilisé auprès d'une variété de populations, y compris les adultes des deux sexes, les étudiants, les clients ayant des problèmes psychiatriques, les patients qui se présentent à la salle d'urgence des hôpitaux et les personnes qui ont des problèmes judiciaires. Il est également employé dans un grand nombre de pays et est adapté à un éventail de groupes culturels.

### **Administration, notation et interprétation**

L'AUDIT devrait être administré par un professionnel ou paraprofessionnel de la santé. Bien qu'un score de 8 ou plus révèle un problème d'alcool, on soutient également qu'un score plus bas (4 ou plus) serait approprié pour les femmes, qui subissent des dommages liés à l'alcool à un niveau de consommation plus faible que les hommes. Un score plus bas a aussi été recommandé pour les adolescents.

### **Site Web**

Un exemplaire du questionnaire de l'AUDIT existe dans *Le Rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec* (voir p. 81-83). Vous trouverez cette publication à l'adresse suivante :

[http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/Role\\_medecinsVFweb.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/Role_medecinsVFweb.pdf).

- Pour de plus amples renseignements, voir *Démarches épidémiologiques après une catastrophe* : Module VI – Outils psychométriques, p. 68.