

Traitements et interventions
en **hospitalisation de courte durée**
pour les patients ayant des problèmes
de **santé mentale et toxicomanie**

Relevé de littérature

Ce document est accessible en ligne dans la section Publications/Produits UETMISM du site Web de l'IUSMM : www.iusmm.ca

Document préparé par :

[Ionela Gheorghiu](#), agente de planification, de programmation et de recherche
[Alain Lesage](#), responsable scientifique
[Catherine Marin](#), adjointe à la direction

Avec la précieuse collaboration de [Coralie Lanoue](#), agente de planification, de programmation et de recherche
et [Marie Désilets](#), bibliothécaire

Révision externe

[Annie Sapin Leduc](#), adjointe au directeur, Direction de la recherche, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
[Thomas Poder](#), professeur sous octroi adjoint, ESPUM – département de gestion, d'évaluation et de politique de la santé, Université de Montréal

Pour des renseignements sur l'UETMISM, ses produits et ses activités, veuillez-vous adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Courriel : igheorghiu.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (UETMISM-IUSMM). Traitements et interventions en hospitalisation de courte durée pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et toxicomanie. Relevé de littérature préparé par Ionela Gheorghiu, Alain Lesage, Catherine Marin Septembre 2019.

Conflit d'intérêts :

Aucun rapporté.

Dépôt légal - Bibliothèque Nationale du Québec, 2020
ISBN 978-2-550-86300-7 (imprimé)
ISBN 978-2-550-86301-4 (PDF)

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401, Rue Hochelaga
Montréal QC H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4000
www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca

Tous droits réservés

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2019



IT'S TIME TO CHANGE HOW WE VIEW ADDICTION. NOT AS A MORAL FAILING BUT AS A CHRONIC ILLNESS THAT MUST BE TREATED WITH SKILL, URGENCY, AND COMPASSION¹



CONTEXTE ET OBJECTIF

Selon Santé Canada, « les individus ayant des troubles concomitants représentent les personnes aux prises avec une combinaison de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques et des problèmes d'abus d'alcool et/ou de drogues psychoactives » (1). Il est reconnu depuis les années 1990 qu'entre 20 % et 70 % des patients psychiatriques ont également un trouble concomitant de toxicomanie (2). Par ailleurs, la moitié des patients suivis par les services spécialisés des dépendances au Québec ont également été en contact dans la dernière année avec les services psychiatriques (3).

La combinaison de ces troubles a comme conséquence des risques élevés de rechutes psychiatriques, des comportements violents et suicidaires, ainsi qu'une compliance réduite à la médication et une utilisation élevée des services d'urgences et d'hospitalisation (2, 4, 5). L'évidence scientifique montre des connexions entre les problèmes psychiatriques, les troubles psychologiques et l'abus de substance. De plus, la consommation de drogues à long terme est associée à de faibles résultats cliniques et sociaux (6, 7).

À travers les années, le traitement des problèmes psychiatriques a été séparé de celui de la toxicomanie, les deux étant offerts de manière coordonnée mais indépendante dans des secteurs différents de la psychiatrie et de la dépendance (5, 6). La situation est similaire à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), qui fait partie du CIUSSS de l'Est de l'Île-de-Montréal.

Dans les unités de courte durée psychiatrique de l'IUSMM, le traitement offert présentement à la clientèle ayant des troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie est le même que celui offert aux patients ayant seulement des problèmes de santé mentale, sans spécificité pour la toxicomanie. Cette problématique existe depuis longtemps, mais des questionnements récents sur la qualité des services offerts à cette clientèle, la variabilité entre les unités et les enjeux en lien avec la séquence de traitements a amené la Direction de programmes santé mentale, dépendance et itinérance à vouloir offrir un service relevant des meilleures pratiques. Par conséquent, elle a adressé à l'Unité d'évaluation des technologies et de modes d'interventions en santé mentale (UETMISM) la question suivante : Quels sont les meilleurs interventions et traitements en hospitalisation de courte durée pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et toxicomanie ?

Afin d'offrir une réponse rapide aux demandeurs, une recherche sommaire de la littérature a été effectuée. L'examen des publications indexées a été effectué dans trois bases de données considérées pertinentes. Plusieurs ressources de littérature grise ont été consultées pour compléter la recherche avec des guides de pratiques sur le sujet. Les résultats obtenus lors de cette recherche documentaire sont présentés dans les sections suivantes.

¹« C'est le temps de voir autrement les dépendances. Elles ne sont pas des faiblesses morales, mais des maladies chroniques à soigner avec compassion, urgence et compétence » (traduction libre). US must address addiction as an illness, not as a moral failing, Surgeon General says. *BMJ* 2016;355:i6265

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche des articles publiés a été effectuée dans les bases de données PubMed, PsycInfo et EMBASE. La recherche a été limitée aux publications en anglais et français, aux revues systématiques et narratives et aux patients en hospitalisation de courte durée. Ces trois bases de données et des ressources de littérature grise ont également été consultées afin d'identifier des guides de pratiques pour les troubles concomitants. La stratégie de recherche utilisée est disponible sur demande, tandis que le diagramme de sélection des articles repérés dans les bases de données, ainsi que les sources de littérature grise consultées sont présentées en annexe.

RÉSULTATS

La recherche documentaire dans les trois bases de données a abouti à 306 résultats, desquels 69 ont été éliminés étant des doublons et d'autres types de documents. La lecture des titres et des résumés restants a permis de retenir 25 articles pour la lecture de la version intégrale. De ces 25 articles, 7 ont fait l'objet de notre analyse. Deux sont des revues systématiques et les autres des revues narratives. À ces articles s'ajoutent 9 guides de pratiques identifiés dans les sources consultées et un avis produit par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en 2016. La liste complète de ces 10 derniers documents est présentée à l'annexe C.

Le point commun des documents analysés est la nécessité d'offrir un traitement intégré aux patients ayant des troubles concomitants de santé mentale et dépendance. Historiquement, ces patients recevaient des traitements séquentiels ou parallèles offerts par des cliniciens œuvrant dans des programmes de santé mentale ou de dépendance. Ce type de traitements donnait des résultats médiocres qui ont mené à l'insatisfaction de cette clientèle. Pour compenser ces limites, le traitement intégré combine des interventions en santé mentale et en toxicomanie dans le même programme (1, 8-11). Le soin de type intégré est essentiel pour offrir un traitement efficace aux patients avec des troubles concomitants, étant en même temps considéré comme le modèle des meilleures pratiques pour les individus avec des problèmes sévères de santé mentale et toxicomanie (9, 12, 13).

L'avis de l'INESSS (14) a montré que l'intégration des traitements des patients aux prises avec des troubles concomitants peut se faire au niveau des interventions de l'équipe traitante et du programme. L'intégration au niveau des interventions consiste à ajouter des interventions de l'autre discipline au traitement usuel ou à combiner les interventions des deux disciplines. L'intégration au niveau de l'équipe traitante fait référence aux interventions dispensées dans un secteur unique par des intervenants formés en santé mentale et en dépendance ou par des intervenants spécialisés dans l'une et l'autre de ces disciplines et qui travaillent dans une équipe multi-disciplinaire. Finalement, l'intégration au niveau du programme est caractérisée pas la dispensation, dans le même endroit, d'interventions en santé mentale et en dépendance administrées de manière coordonnée et cohérente par des intervenants des deux disciplines spécialisées dans le traitement des troubles concomitants.

TRAITEMENTS PSYCHOSOCIAUX

Il y a plusieurs interventions psychosociales qui peuvent être utilisées pour la gestion de patients ayant des troubles concomitants. Cependant, le guide de Queensland (12) attire l'attention sur le fait que l'alliance thérapeutique se trouve à la base de tous les traitements psychologiques. Il est reconnu que les individus avec des troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie sont parmi les plus difficiles à engager dans une relation thérapeutique. La relation thérapeutique entre le patient et l'intervenant est liée d'une manière positive à la motivation et à la volonté de changer et augmenter les résultats du traitement. En conséquence, les cliniciens devraient être conscients que l'établissement d'une relation thérapeutique est essentiel pour la gestion des patients ayant des troubles concomitants (12).

Dans le cas de patients avec des maladies mentales graves, les interventions pour le traitement de la dépendance sont axées sur l'engagement, la persuasion, le traitement actif et la prévention des rechutes. Plus précisément, les cliniciens devront engager la confiance des patients avant de cibler la réduction ou l'arrêt de la consommation des substances, les aider à examiner leur consommation et les convaincre sur les avantages de l'arrêt de la consommation (4, 8, 12).

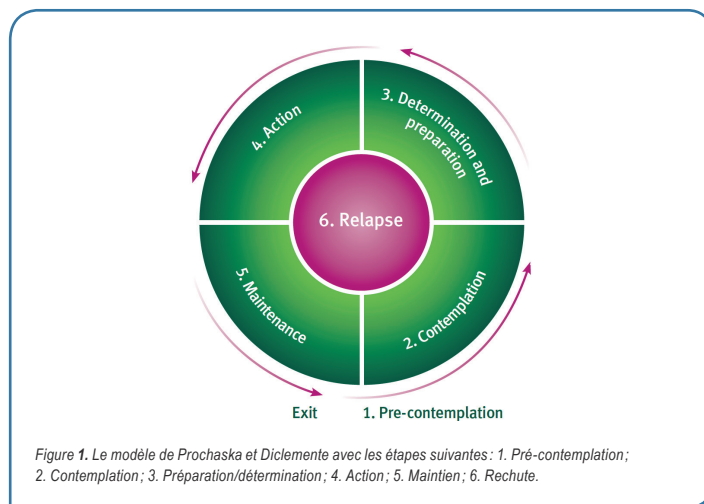
L'entretien motivationnel

Parmi les interventions psychologiques à privilégier dans le cadre d'un traitement intégré de troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie, l'entretien motivationnel (EM) occupe une place importante. L'EM est une intervention flexible, une thérapie basée sur la parole et centrée sur le patient, lors de laquelle l'utilisateur est encouragé à explorer le changement des comportements nuisibles (6, 10, 15). Deux revues systématiques identifiées par notre recherche (6, 16), ainsi que d'autres publications (12, 17) ont trouvé que l'EM est une intervention psychologique efficace dans la gestion des patients ayant des troubles concomitants.

L'entretien motivationnel implique une conversation non-confluctuelle qui cherche à identifier l'ambivalence des attitudes des patients et qui peut être utilisé pour souligner les bénéfices du changement des comportements. L'entretien est basé sur les cinq principes suivants qui visent à favoriser un échange thérapeutique ouvert : témoigner de l'empathie, développer de l'écart entre les comportements actuels et les buts futurs, éviter les arguments, ne pas s'opposer à la résistance (en anglais «rolling with resistance») et soutenir l'autonomie (en anglais «support self-efficacy») (7, 10, 12).

Un outil intéressant pour faciliter l'application de l'EM par les cliniciens est le modèle des «étapes du changement» (en anglais «stages of change») développé par Prochaska et Diclemente (cité dans (12)). Étant donné le temps limité d'un traitement lors de l'hospitalisation, il est important de tenir compte des étapes du changement dans les deux maladies. La figure suivante, reprise du guide australien (12), montre les éléments du modèle qui représente les étapes dans lesquelles un individu peut se trouver en lien avec sa volonté de changer.

Le modèle montre aussi qu'un individu n'a pas un parcours linéaire entre les étapes, mais qu'il peut se retrouver à l'intérieur ou à l'extérieur des étapes avant un changement stable. En conséquence, les interventions à offrir devraient s'accorder avec l'étape du changement dans lequel se trouve le patient (5, 10, 12, 13). Le guide australien (12) offre plus de détails sur ce modèle et les interventions à privilégier à chaque étape du traitement.



Autres interventions

Au-delà de l'EM, la documentation consultée (2, 4, 8, 10, 12, 13, 18, 19) fait référence à d'autres interventions psychosociales, comme suit :

- les interventions brèves
- la psychoéducation
- la thérapie et l'éducation familiale
- la thérapie cognitivo-comportementale
- la thérapie comportementale dialectique
- les thérapies de groupe et groupes de discussions
- les programmes de prévention des rechutes

Les interventions brèves sont des interventions pertinentes pour les individus avec troubles concomitants étant donné les probabilités élevées de non-adhérence au traitement. Parmi les interventions les plus utilisées sont les suivantes (12) :

- information imprimée
- entretien motivationnel
- counseling
- questionnaires et auto-évaluation
- manuels d'autoapprentissage
- matériel vidéo

La psychoéducation implique d'offrir de l'information sur la maladie mentale et la dépendance en utilisant des matériaux didactiques et des méthodes interactives pour assurer la compréhension du matériel. Cette intervention renforce le pouvoir des usagers, leurs ressources et leurs habilités d'adaptation et implique de leur offrir de la rétroaction sur la quantité de substances consommées, sur l'effet de la consommation, sur la médication et l'état de santé mentale ou des informations sur les drogues (12).

Les membres de la famille d'un individu ayant des troubles concomitants peuvent assister la personne dans le processus de traitement de la toxicomanie. Les intervenants devraient encourager la participation de la famille dans le processus de guérison et fournir des matériaux éducatifs et informationnels, ainsi que des références vers des groupes et programmes de soutien pour la famille (10, 12).

La thérapie comportementale dialectique est fondée sur une théorie biosociale qui « considère le comportement dysfonctionnel comme un comportement de résolution de problèmes apte à soulager les émotions pénibles ». Il existe une modification de cette thérapie pour mieux répondre aux besoins des personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie (1, 10).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) explore la relation entre les pensées d'un individu, ses sentiments et ses actions. Afin d'améliorer la santé d'un individu, la TCC permet d'apprendre des nouvelles aptitudes, l'anticipation et la gestion du stress et d'avoir des comportements plus efficaces face aux pensées désagréables (12). La TCC a été démontrée comme une thérapie efficace pour les troubles liés à l'alcool ainsi que pour les troubles de l'anxiété concomitants (1). Cette thérapie comprend plusieurs éléments clés comme les suivants :

- s'assurer du choix du patient
- traiter le contexte de la consommation abusive
- s'adapter au stade du changement et de la motivation de la personne
- résoudre les problèmes pratiques
- mettre l'accent sur l'action
- compter sur les soutiens sociaux
- résoudre l'ambivalence au sujet du changement
- déterminer et gérer les indices de consommation abusive

Dans leur revue, Drake et al. (8) font référence aux études menées sur des patients hospitalisés avec des troubles concomitants qui ont reçu des thérapies de groupe et de groupes de discussion. Par exemple, une de ces études a été menée sur 17 patients (durée moyenne de séjour à l'hôpital de 13,4 jours) qui ont participé 2 fois par semaine à des discussions de groupe sur les drogues et l'alcool et des rencontres journalières avec des groupes « Alcooliques anonymes », « Cocaïnomanes Anonymes » et « Narcotiques Anonymes » à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité de soins. D'autres revues (2, 4) ont aussi identifié que ce type d'intervention, combinée avec d'autres interventions comme celles citées plus haut, peuvent apporter des bénéfices à cette clientèle.

Les programmes de prévention des rechutes sont des composantes très importantes dans le traitement des troubles mentaux et dépendance. Les interventions offertes devraient avoir un format adapté à la capacité intellectuelle du patient et à son stade du changement (10, 12). La prévention des rechutes comprend les éléments suivants :

- des stratégies pour les situations aux risques élevés
- techniques de refus de substances
- techniques de distraction (cognitives, comportementales, de relaxation ou sociales)
- gestion du stress
- planification d'activités non liées aux drogues
- soutien (social, par des pairs, du système de santé, de la famille)

Les guides de pratique publiés par Santé Canada (1), American Psychiatric Association (APA, États-Unis) (17), Queensland Health (Australie) (12), ainsi que l'avis de l'INESSS (14), regroupent les psychothérapies démontrées efficaces dans le cas de troubles concomitants selon la condition de la personne. Le tableau suivant résume les données en fonction du trouble mental. Pour plus de détails veuillez consulter les guides de pratique.

Trouble de santé mentale	Interventions psychosociales	Commentaires
Anxiété	Thérapie cognitivo-comportementale	À privilégier une approche en séquence, portant d'abord sur les problèmes de dépendance aux substances. Dans le cas d'épisodes de dépression préalables, débiter le traitement en même temps ou rapidement après le début du traitement pour les troubles d'utilisation des substances.
Troubles de l'humeur	Thérapie cognitivo-comportementale; entretien motivationnel; thérapie interpersonnelle; thérapie comportementale dialectique.	
Troubles mentaux graves	Entretien motivationnel; thérapie cognitivo-comportementale; la réduction des méfaits; le soutien de la réadaptation psychosociale; psychoéducation; intervention de groupes sur les troubles concomitants, y compris des groupes d'entraînement aux habiletés sociales; travail avec les familles.	Les interventions pour la dépendance aux substances et les troubles mentaux sévères sont planifiées et administrées en même temps.
Troubles de la personnalité	Thérapie comportementale dialectique; thérapie cognitivo-comportementale.	Les interventions pour les troubles liés aux substances et les troubles de la personnalité limite sont planifiées et implantées en même temps.

Le guide « Canadian Schizophrenia Guidelines », adapté² en 2017 au contexte canadien par un groupe de l'Université de Calgary (13), présente une série de 7 recommandations lors de l'hospitalisation en santé mentale des patients souffrant de troubles concomitants de schizophrénie et de toxicomanie. Au niveau des interventions, ce guide recommande d'offrir une thérapie de substitution de la nicotine aux patients qui refusent d'arrêter de fumer afin de les aider à diminuer ou d'arrêter de fumer de façon temporaire. Le guide recommande également de planifier une détoxification des drogues ou de l'alcool seulement dans les circonstances suivantes :

- avec l'implication ou les conseils d'un service de toxicomanie
- dans une unité d'hospitalisation
- faisant partie d'un plan de soins coordonné et global avec le patient

²Adapté à partir du guide NICE «Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse : assessment and management in healthcare settings (2011)

Lors du congé de l'hôpital, le guide recommande d'assurer pour cette clientèle les éléments suivants :

- d'identifier un « case manager » (intervenant pivot)
- d'avoir un plan qui tient compte des besoins en lien avec a psychose et les troubles de consommation
- de l'information sur les risques associés aux surdoses lors de réutilisation de substances qui ont été réduites ou arrêtées pendant l'hospitalisation, particulièrement dans les cas des opioïdes et/ou des benzodiazépines

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Trois médicaments sont indiqués pour les patients avec des troubles concomitants de santé mentale et de consommation de l'alcool : naltrexone, disulfiram et acamprosate (5, 13, 20). Pour le traitement de la dépendance de la cocaïne, il n'existe pas de médicaments approuvés par les FDA selon la revue de Ziedonis (5). Le guide « Canadian Schizophrenia Guideline » (13) ne recommande pas l'utilisation de la desipramine ou de l'imipramine dans le cas de personnes avec des troubles concomitants de schizophrénie et dépendance de la cocaïne étant donné les effets secondaires des antidépresseurs tricycliques et du manque d'indications pour la consommation de cocaïne. Ce même guide souligne le manque des données probantes concernant le traitement pharmacologique qui s'adresse à l'utilisation du cannabis par les patients ayant de la schizophrénie.

Pour la dépendance des opioïdes, les revues de Kavanagh (20) et Ziedonis (5) mentionnent les antagonistes comme la méthadone et le buprenorphine et les antagonistes, naltrexone et nalmefene, tandis que pour la nicotine, elles font référence au traitement de remplacement de la nicotine, comme la gomme, le timbre, le spray nasal et le bupropion. À la fin de la rédaction du présent relevé de littérature nous a été signalée la publication d'un guide de pratique pour la gestion des troubles mentaux avec l'utilisation des opioïdes, incluant des interventions pharmacologiques³.

Dans le cas de troubles anxieux, le guide APA (17) recommande le busiprone et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, parfois combinés avec des traitements psychosociaux intégrés.

Le Canadian Schizophrenia Guideline (13) recommande d'utiliser la médication antipsychotique du guide NICE sur la schizophrénie de 2011 (19), étant donné l'absence des preuves scientifiques sur les avantages d'un antipsychotique ou d'un autre pour les patients avec des troubles psychotiques et de toxicomanie.

Formation du personnel et consultation des spécialistes

La formation du personnel et la consultation des spécialistes demeure une composante essentielle afin d'offrir des traitements intégrés de qualité aux patients aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. La recommandation 27 du guide « Canadian Schizophrenia Guideline » (13) stipule que les professionnels travaillant dans les services de santé mentale avec des adultes ayant des troubles psychotiques et de la consommation devraient obtenir de la supervision, des conseils et de la consultation ou/et de la formation supplémentaire de la part des spécialistes en toxicomanie.

Le même guide recommande de chercher des conseils des spécialistes et d'initialiser des collaborations dans le cas des adultes psychotiques traités dans des services de santé mentale et qui sont connus pour avoir aussi un des problèmes suivants : une toxicomanie sévère, une toxicomanie multiple d'intensité modérée ou sévère, qui utilisent des substances intraveineuses ou ont des problèmes sociaux graves (comme l'itinérance).

L'avis de l'INESSS (14) fait, lui aussi, référence à la nécessité de la formation du personnel. Plus spécifiquement, la recommandation 2 de l'avis est la suivante :

« Les équipes qui œuvrent en santé mentale devraient avoir accès à des formations sur les troubles concomitants et à des techniques d'interventions brèves en dépendance pour agir auprès des personnes qui ont des troubles mentaux graves et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ».

La situation au Québec

La formation croisée

Au Québec, en matière de formation, il existe le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal développé par Perreault et al. (21). Ce programme a été développé pour les réseaux de la santé mentale et de toxicomanie⁴. La formation croisée consiste en une « stratégie d'apprentissage composée d'une suite de techniques inter reliées (clarification positionnelle, observation positionnelle, rotation positionnelle) qui favorisent l'émergence de connaissances inter positionnelles pour chacun des partenaires impliqués » (21). Cette approche est conçue pour former les équipes en milieu de travail. Selon Santé Canada, la formation croisée figure parmi les meilleures pratiques dans le développement des programmes et des systèmes qui visent le soutien des personnes ayant des troubles concomitants (21).

³Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. Julie Bruneau MD MSc, Keith Ahamad MD, Marie-Ève Goyer MD MSc, Ginette Poulin MD, Peter Selby MBBS MHSc, Benedikt Fischer PhD, T. Cameron Wild PhD, Evan Wood MD PhD; on behalf of the CIHR Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Cite as: CMAJ 2018 March 5;190:E247-57. doi: 10.1503/cmaj.170958

⁴Le groupe de Perreault a récemment reçu du financement pour développer un programme provincial de formation croisée pour les troubles concomitants d'utilisation du cannabis chez les futurs adultes psychotiques.

Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC)

Le CECTC (santé mentale et dépendance) du RUISS5 de l'Université de Montréal a été créé en 2017 afin de soutenir les établissements dans l'implantation d'une offre de soins et de services intégrés et adaptés aux besoins spécifiques des personnes ayant des troubles concomitants. Le mandat du CECTC6 est de :

- Faire valoir les besoins spécifiques des patients aux prises avec des troubles concomitants ;
- Soutenir les établissements et les équipes pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins dispensés à cette clientèle complexe ;
- Faire bénéficier les départements universitaires et les facultés du savoir-faire des milieux de pratique pour former les futurs professionnels de la santé et des services sociaux ;
- Faire bénéficier les milieux de pratique cliniques des connaissances issues de la recherche.

Le centre est formé par des experts en troubles concomitants : des cliniciens et des professionnels de différentes disciplines comme la psychiatrie des toxicomanies, la médecine des toxicomanies, les sciences infirmières, l'ergothérapie, le travail social, les sciences de l'information, etc. L'offre des services du CECTC est multiple et variée. Voici des exemples :

- soutien-conseil aux établissements et aux équipes de santé mentale et dépendance adaptés à leurs besoins
- un portail documentaire et des veilles informationnelles qui permettent d'avoir accès aux publications pertinentes et aux publications récentes dans le domaine
- un programme de télémentorat ECHO® CHUM pour les troubles concomitants
- des avis et des recommandations dans des situations spécifiques
- des formations
- activité scientifique annuelle

Dans son rôle de soutien-conseil, le CECTC offre des documents de référence, des pistes d'action, des stratégies d'intervention et des outils conformes aux meilleures pratiques. Les formations spécifiques visent à permettre aux équipes de soins une meilleure prise en charge des patients ayant des troubles concomitants. Le programme de télémentorat permet aux équipes traitantes intéressées de faire partie d'une communauté de pratique de professionnels de la santé et services sociaux et de participer aux discussions de situations cliniques réelles et aux capsules de formation. Le site internet du centre⁷ donne plus d'information sur ses services et activités.

Bon trip-Bad trip

Parmi les initiatives qui méritent aussi d'être mentionnées ici figure l'outil pédagogique « Bon trip-Bad trip » développé, il y a quelques années, par une équipe de travail interdisciplinaire formée d'ergothérapeutes, de pharmaciennes et d'une neuropsychologue de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. La trousse « Bon trip-Bad trip » regroupe les outils et les documents nécessaires à l'animation de séances de groupes destinées aux personnes vivant avec un problème de santé mentale et de consommation de drogues ou d'alcool. La trousse a été développée pour les intervenants en santé mentale du réseau francophone de la santé. Elle propose « une approche pédagogique participative basée sur le partage d'expériences et la prise de conscience graduelle des participants; tout cela dans un climat respectueux et de non-confrontation »⁸.

DISCUSSION

Ce relevé de littérature présente les résultats d'une revue sommaire de littérature afin d'offrir aux demandeurs de l'information sur des interventions et traitements fournis présentement aux patients ayant des troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie lors de l'hospitalisation dans des unités de courte durée psychiatriques. Cette clientèle est complexe à traiter et constitue une grande consommatrice de soins et de services.

À travers les années, le traitement des problèmes psychiatriques a été séparé de celui de la toxicomanie, les deux étant offerts de manière coordonnée mais indépendante dans les secteurs de la psychiatrie et de la dépendance. Malheureusement, cette stratégie de traitement n'a pas répondu adéquatement aux besoins des usagers avec des troubles concomitants à cause des défauts du système et des programmes cliniques (5, 6).

La littérature consultée lors du projet suggère que l'approche intégrée donne de meilleurs résultats et est essentielle au rétablissement de la personne. L'avis de l'INESSS (14) met en évidence que « la majorité des études recensées (...) indiquent que les traitements intégrés sont plus efficaces que les traitements usuels ou autres comparateurs pour réduire la consommation de substances psychoactives et les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux » et « engendrent plus de bénéfices dans d'autres domaines de la vie des personnes aux prises avec des troubles concomitants (p. ex., qualité de vie, besoins non comblés, satisfaction envers le traitement) ».

En même temps, le traitement intégré requiert une coordination à plusieurs niveaux et une collaboration de plusieurs partenaires pour assurer la continuité de soins. Santé Canada attire l'attention sur le fait que « l'intégration des programmes et de systèmes concerne la communication, la cohérence et la coordination des divers cliniciens et intervenants, et non le fait de savoir si un ensemble de problèmes (troubles mentaux ou toxicomanie) fait l'objet d'une intervention avant l'autre » (1). Dans ce sens, l'avis de l'INESSS de 2016 recommande, entre autres, la mise en place des modalités concrètes de collaboration basées sur des données

⁵ RUISSS : Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux

⁶ Selon <http://www.ruis.umontreal.ca/CECTC>

⁷ <http://www.ruis.umontreal.ca/CECTC>

⁸ Selon <http://www.iussmm.ca/actualites/bon-trip-bad-trip.html>

probantes et sur des modèles existants d'organisation des services, ainsi que la mise en place de formations destinées aux équipes cliniques en santé mentale et en dépendance. Pour donner suite à ces recommandations, le RUISSS de l'Université de Montréal a créé le CECTC afin d'offrir un soutien aux établissements dans la gestion de la clientèle aux prises avec des troubles concomitants. Au-delà des formations du CECTC, d'autres formations sont disponibles au Québec, comme la formation croisée développée depuis l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

En ce qui concerne les interventions à privilégier pour la clientèle visée par notre étude, ce relevé de littérature présente celles qui ont été mentionnées par la majorité des documents analysés. Une lecture plus approfondie des guides de pratiques utilisés dans ce projet relèvera d'autres interventions qui pourraient aussi être utilisées pour la gestion de patients ayant des troubles concomitants. Le présent travail n'a pas fait une analyse exhaustive de toutes les interventions existantes, mais plutôt un survol de celles qui semblent être utilisées davantage. À retenir qu'il existe des interventions comme l'entretien motivationnel et la thérapie cognitive-comportementale, deux interventions psychosociales utilisées dans le domaine de la santé mentale et qui donnent aussi des bons résultats dans le cas de patients ayant des troubles concomitants. À retenir également que les interventions à offrir devraient s'accorder avec l'étape du changement dans lequel se trouve le patient, selon le modèle de l'entretien motivationnel.

Les données sur les interventions pharmacologiques repérées lors du présent projet datent des années 2000 - 2010. Toutefois, selon le guide APA (17) la même médication est recommandée en général pour le traitement du trouble de santé mentale, qu'il y ait concomitance ou non de troubles d'utilisation de substance. Pour la médication antipsychotique, les recommandations du guide NICE sur la schizophrénie de 2011 (19) semblent toujours d'actualité (13).

Les deux troubles concomitants analysés par ce relevé de littérature sont des maladies chroniques de longue durée pour lesquelles la continuité des soins est critique (10). L'hospitalisation en courte durée représente un épisode de soins dans un continuum. En conséquence, lors du congé de l'hôpital un plan de sortie devrait être mise en place (11, 13), plan qui devrait prendre en considération les éléments de l'environnement extérieur, incluant le risque de rechute. Lorsqu'approprié, avec le consentement du patient, les proches devraient être inclus dans les dispositions du plan (11).

LIMITES

Un relevé de littérature est « un document qui émet une réponse rapide sur une demande pointue portant généralement sur des questions organisationnelles et non pas sur l'efficacité d'une technologie ou d'un mode d'intervention ». Le relevé est basé sur une analyse sommaire de la littérature et présente les résultats de la recherche sous forme d'une synthèse narrative. La qualité des documents inclus n'est pas analysée et des données contextuelles et expérientielles ne sont pas recueillies.

Au-delà des limitations d'ordre méthodologique imposées pour faire d'un relevé de littérature une réponse rapide, ce document a quelques autres limites. D'abord, les restrictions sur la recherche documentaire établie au début du projet ont conduit aux revues plutôt narratives qui datent de années 1990 – 2000. Le manque de données plus récentes pourrait s'expliquer par un changement après les années 2000 du lieu où les soins sont accordés aux patients ayant des troubles concomitants, par exemple du milieu hospitalier vers la communauté. Or, notre projet s'intéressait à identifier des interventions et traitements offerts lors de l'hospitalisation de ces patients. Pour pallier à cette limite, l'information des revues a été complétée par celle extraite des guides de pratiques.

Ensuite, il aurait été intéressant d'avoir contextualisé cette information scientifique au niveau de notre province et du système médical québécois. Des consultations avec des spécialités et des parties prenantes apporteraient des ajouts importants pour éclairer la question initiale. Cependant, l'INESSS a mené un tel exercice pour son avis de 2016 (14) et il n'est pas approprié de le reprendre, mais plutôt d'approfondir les recommandations de l'avis.

Finalement, le relevé a eu comme mandat d'identifier des interventions et traitements offerts lors de l'hospitalisation des patients ayant des troubles concomitants. Mais, la gestion appropriée de ces patients implique aussi une évaluation approfondie, incluant l'évaluation des risques de suicide, d'automutilation, d'agression et de violence. Ces aspects et autres n'ont pas fait l'objet du présent projet, mais ils pourraient être considérés et abordés dans un autre projet.

CONCLUSION

La littérature consultée lors de ce projet a permis d'identifier des interventions et des traitements à privilégier dans le cadre de la gestion des patients avec des troubles concomitants lors de l'hospitalisation dans les services de santé mentale. Elle a également permis d'avoir un appui scientifique pour les soins de type intégré qui permettraient d'offrir des services mieux adaptés à cette clientèle que les services offerts présentement dans les unités de courte durée de l'IUSMM.

Les unités d'hospitalisation en santé mentale devraient être vues comme un endroit approprié pour adresser l'abus de substances (11). En conséquence, les intervenants en santé mentale doivent avoir les compétences nécessaires pour pouvoir intervenir en contexte de consommation de substances. Au Québec il existe déjà des programmes de formation comme ceux offerts par le CECTC, centre qui offre également un service de soutien-conseil aux établissements et aux équipes de santé mentale et dépendance.

⁹ I. Beaumier, S. Beauchamp, J. Mayrand, C. Maltais, C. Safianyk, L. St-Amour, M-O. Trépanier. Typologie de produits – UETMI services sociaux. Comité de travail de la typologie des produits de la Communauté de pratique en ETMI services sociaux; 2018.

ANNEXE

A. Recherche de guides de pratique clinique

Recherche effectuée le 20 – 21 novembre 2018

Site web	Documents trouvés
Infobanque GPC https://www.cma.ca/Fr/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx	Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593250/pdf/10.1177_0706743717720196.pdf
Association des psychiatres du Canada https://www.cpa-apc.org/fr/	
American Psychiatric Association https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines	
NICE (National institute for clinical excellence) https://www.nice.org.uk/guidance	Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings https://www.nice.org.uk/guidance/cg120
Royal college of psychiatrists https://www.rcpsych.ac.uk/	
European psychiatrists association https://www.europsy.net/	
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists https://www.ranzcp.org/Home	
National Health and Medical Research Council – Australian Clinical Practice Guidelines https://www.clinicalguidelines.gov.au/	
Canadian Centre on Substance Use and Addiction http://www.ccdus.ca/Eng/Pages/default.aspx	
American society of addiction medicine https://www.asam.org/	
European monitoring centre for drugs and drug addiction http://www.emcdda.europa.eu/	
Agency for Healthcare research and Quality https://www.ahrq.gov/	
SAMSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration	
Google https://www.google.ca/	Dual diagnosis: An information guide. CAMH https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/dual-diagnosis-guide-en.pdf Practice Guidelines For The Treatment Of Adults With Co-Occurring Substance Use Disorders And Mental Illness. Missouri https://dmh.mo.gov/docs/mentalillness/codisorders.pdf

Google (suite)

<https://www.google.ca/>

Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Santé Canada
https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf

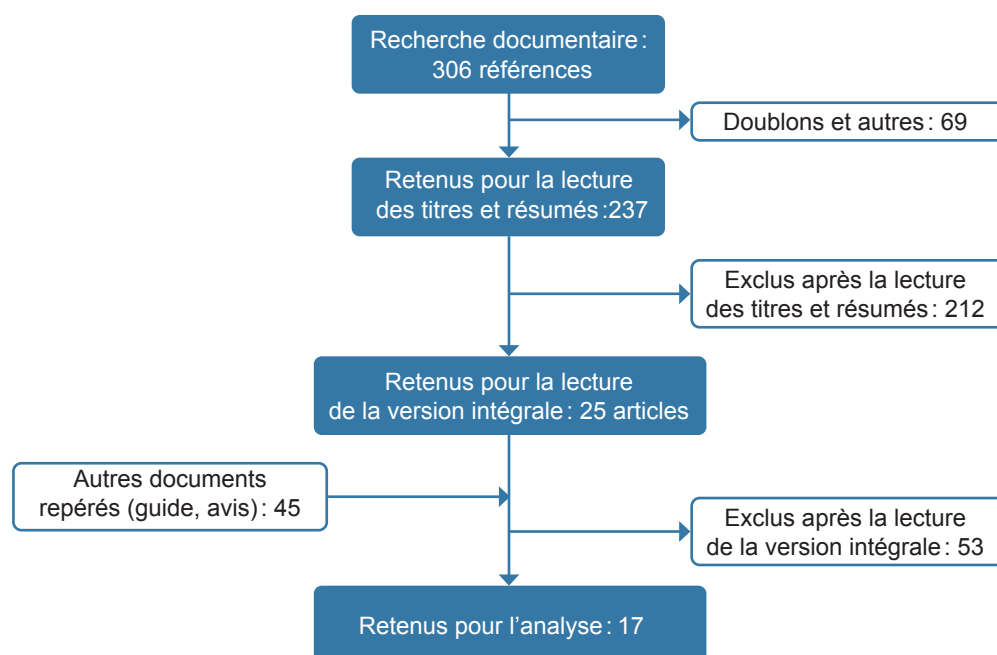
Substance Abuse Treatment For Persons With Co-Occurring Disorders - A Treatment Improvement Protocol. SAMSA
http://www.valueoptions.com/providers/Handbook/treatment/Co-Occurring_Mental_Substance_Related_Problems.pdf

Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings - Guidance on the assessment and management of patients in mental health inpatient and day hospital settings who have mental ill-health and substance use problems. Department of Health, UK
https://www.drugsandalcohol.ie/17765/1/DOH_Dual_diagnosis_in_mental_health_inpatient_and_day_settings.pdf

NSW Clinical Guidelines - For the Care of Persons with Comorbid Mental Illness and Substance Use Disorders in Acute Care Settings
<https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/programs/mh/Publications/comorbidity-report.pdf>

Queensland Health Dual Diagnosis – Clinical Guidelines - co-occurring mental health and alcohol and other drug problems
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/AU_Queensland-Health-Dual-Diagnosis-Clinical-Guidelines-co-occurring-mental-health-and-alcohol-and-other-drug-problems-2010.pdf

B. Diagramme de sélection des documents



C. Guides de pratiques identifiés suite à la consultation de plusieurs sources de littérature grise.

Titre du guide	Éditeur	Année de publication
Canadian schizophrenia guidelines: schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders	Hotchkiss Brain Institute, Calgary, Canada	2017
Modèles de dispensation des soins et de services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance	Institute nationale d'excellence en santé et services sociaux, Québec, Canada	2016
Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders	Substance Abuse and Mental Health Services Administration, USA	2012
Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse assessment and management in healthcare settings	National Institute for Health and Care Excellence, UK	2011
Queensland health dual diagnosis clinical guidelines. Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems	Drug and Alcohol Treatment Strategy Unit, and Mental Health Alcohol and Other Drugs Directorate, Queensland Health, Australia	2010
NSW clinical guidelines for the care of persons with comorbid mental illness and substance use disorders in acute care settings	NSW Department of Health, Australia	2009
Dual diagnosis in mental health inpatients and day hospital settings	Department of Health, UK	2006
Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, second edition	American Psychiatric Association (APA), USA	2006
Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie	Santé Canada	2002
Practice guidelines for the treatment of adults with co-occurring substance use disorders and mental illness	Missouri Department of Mental Health, USA	2002

RÉFÉRENCES

- 1.Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Canada: Santé Canada; 2002. 179 p.
- 2.Greenfield SF, Weiss RD, Tohen M. Substance abuse and the chronically mentally ill: a description of dual diagnosis treatment services in a psychiatric hospital. *Community mental health journal*. 1995;31(3):265-77. Epub 1995/06/01.
- 3.Huynh C, Ngamini Ngui A, Kairouz S, Lesage A, Fleury MJ. Factors associated with high use of general practitioner and psychiatrist services among patients attending an addiction rehabilitation center. *BMC psychiatry*. 2016;16:258.
- 4.Gournay K, Sandford T, Johnson S, Thornicroft G. Dual diagnosis of severe mental health problems and substance abuse/dependence: a major priority for mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 1997;4(2):89-95. Epub 1997/04/01.
- 5.Ziedonis DM. Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS spectrums*. 2004;9(12):892-904, 25. Epub 2004/12/25.
- 6.Laker CJ. How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis? *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2007;14(8):720-6. Epub 2007/11/28.
- 7.NSW clinical guidelines for the care of persons with comorbid mental illness and substance use disorders in acute care settings. Australia: NSW Department of Health; 2009. 92 p.

8. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia bulletin*. 1998;24(4):589-608. Epub 1998/12/16.
9. Practice guidelines for the treatment of adults with co-occurring substance use disorders and mental illness. USA: Missouri Department of Mental Health; 2002. 66 p.
10. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. A treatment improvement protocol TIP 42. USA: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment; 2012. 589 p.
11. Dual diagnosis in mental health inpatients and day hospital settings. Guidance on the assessment and management of patients in mental health inpatient and day hospital settings who have mental ill-health and substance use problems. UK: Department of Health 2006. 48 p.
12. Queensland health dual diagnosis clinical guidelines. Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems. Australia: Drug and Alcohol Treatment Strategy Unit, and Mental Health Alcohol and Other Drugs Directorate, Queensland Health; 2010. 147 p.
13. Crockford D, Addington D. Canadian Schizophrenia Guideline: schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2017;62(9):624-34.
14. O'Neil S, Lapalme M. Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Canada: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2016. 1-83 p.
15. Chiauuzzi E. Brief inpatient treatment of dual diagnosis patients. *New directions for mental health services*. 1994(63):47-57. Epub 1994/01/01.
16. Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2012;139(3):217-29.
17. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second edition. USA: American Psychiatric Association (APA); 2006. 276 p.
18. Minkoff K. Program components of a comprehensive integrated care system for serious mentally ill patients with substance disorders. *New directions for mental health services*. 1991(50):13-27. Epub 1991/01/01.
19. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse assessment and management in healthcare settings. UK: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2011. 41 p.
20. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs*. 2002;62(5):743-55. Epub 2002/04/04.
21. Perreault M, Wiethaeper D, Perreault N, Bonin J-P, Brown TG, Brunaud H. Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie: le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal. *Santé Ment Québec*. 2009;34(1):143-60.

