Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

Troubles psychotiques et consommation de substances psychoactives : impacts d'une intervention concertée

Nadine Blanchette-Martin, Francine Ferland et Rosalie Genois
Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISSS-CA

Chantal Plourde
Université du Québec à Trois-Rivières

François Dallaire et Annie Labbé
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

RÉSUMÉ

Il est reconnu que l'intervention intégrée fait partie des meilleures pratiques auprès des personnes présentant un trouble psychotique en concomitance avec un trouble de l'utilisation des substances (TUS). Une telle intervention a été développée dans la région de Chaudière-Appalaches (Québec) afin de favoriser le rétablissement des personnes aux prises avec ces troubles concomitants. Cet article présente l'évaluation des retombées de la participation au programme pour les usagers. Les résultats indiquent qu'un an après avoir débuté, ils ont diminué leurs visites à l'urgence, leurs hospitalisations et leur consommation de substances et ont amélioré leur santé psychologique et leur qualité de vie.

Mots clés : Trouble psychotique, dépendance aux substances psychoactives, approche intégrée d'intervention, traitement, qualité de vie

---

Il est important de souligner l'apport de plusieurs personnes qui ont rendu possible ce projet. D'abord l'équipe de recherche Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec (RISQ) qui a fournit le soutien financier nécessaire pour la rédaction du présent article. Merci également au CIUSSS de la Capitale-Nationale et au CISSS de Chaudière-Appalaches qui ont permis aux chercheurs de travailler sur ce projet et plus particulièrement au CISSS de Chaudière-Appalaches qui a contribué au financement et rendu possible la collecte de données auprès des usagers du programme. Un grand merci également aux intervenants qui ont complété les différents questionnaires avec les usagers du programme de même qu'à tous les usagers qui ont accepté de participer au projet. Finalement un merci spécial à tous les assistants de recherche qui ont contribué de près ou de loin au succès de ce projet.

Pour toute correspondance concernant cet article, s'adresser à Nadine Blanchette-Martin : Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISSS-CA. Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches – CISSS-CA, 99 rue du Mont-Marie, Lévis, QC, G6V 0M4. 418-935-3400 poste 105462. Courriel : nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

doi:10.7870/cjcmh-2019-017
Publié par Canadian Periodical for Community Studies Inc.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

ABSTRACT

It is well known that integrated intervention is part of the best practices for people having a co-occurring psychotic disorder and a substance use disorder (SUD). Such intervention has been developed in the Chaudière-Appalaches region (Québec) to promote the recovery of people with these concurrent disorders. This article presents the assessment of the benefits for the users of the program. Results show that one year after entering the program, they decreased their visits to the emergency room, their hospitalisations and the substance use. In addition, they improved their psychological health and their quality of life.

Keywords: psychotic disorder, integrate intervention, substance use disorder, quality of life

L'Agence de santé publique du Canada (2012) indique que les personnes atteintes de schizophrénie ont une prévalence à vie du trouble d'usage de substances (TUS) de près de 80 % alors que le taux de prévalence courant de ce trouble est, quant à lui, de 45 % (Crockford, & Addington, 2017). La présence de cette double problématique (trouble psychotique/TUS) complexifie les besoins auxquels les traitements doivent répondre (Banerjee, Claney et Crome, 2002). La littérature et l'expérience des dix dernières années sont claires : lors du traitement, les deux problématiques doivent être considérées simultanément, car les conséquences qui découlent de cette concomitance sont entremêlées (Banerjee *et al*., 2002 ; Bellack et DiClemente, 1990 ; Crockford et Addington, 2017). Toutefois, encore aujourd'hui, les approches d'intervention séquentielles ou parallèles sont les plus courantes (Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad, 2012). Malgré des efforts de coordination considérables entre les services, les usagers sont peu considérés de manière holistique (Dubreucq *et al*., 2012) en ce qui a trait à leur double problématique, leur fonctionnement général ou leur qualité de vie. Le présent projet a pour but d'évaluer les impacts d'une intervention intégrée, nommée Rond Point (RP), spécifiquement conçue pour les personnes présentant un trouble psychotique en concomitance avec un TUS.

La présence simultanée chez une même personne d'un trouble psychotique et d'un TUS diversifie et augmente la sévérité des difficultés rencontrées par celle-ci. En effet, l'interaction entre les substances psychoactives consommées (SPA) et le trouble psychotique augmente la sévérité des symptômes (Blondeau, Nicole et Lalonde, 2006 ; CCLT, 2009 ; Proulx, 2014 ; Tsuang, Fong et Lesser, 2006 ; Ziedonis *et al*., 2005) et complexifie également l'évolution du trouble de santé mentale (CCLT, 2009 ; Tsuang *et al*., 2006). Parallèlement, la présence simultanée des deux troubles occasionne aussi des rechutes plus fréquentes sur le plan de la consommation de même que de nombreuses hospitalisations et visites à l'urgence (Astals *et al*., 2008 ; Banerjee *et al*., 2002 ; Curan *et al*., 2003 ; Drake et Brunette, 1998 ; Mueser, Deavers, Penn et Cassisi, 2013 ; Schmidt, Hesse et Lykke, 2011), une augmentation du risque suicidaire (Astals *et al*., 2008 ; Banerjee *et al*., 2002) et du risque de décès (Schmilt *et al*., 2011) ainsi que des problèmes de santé physique (Drake et Brunette, 1998 ; Mueser *et al*., 2013 ; Schmidt *et al*., 2011).

De plus, outre les répercussions sur la santé mentale et physique des individus présentant une concomitance santé mentale/TUS, la double problématique cause aussi de nombreux impacts dans plusieurs sphères de vie. Parmi les impacts rapportés notons, entre autres, des problèmes relationnels avec la famille et les amis (Banerjee *et al*., 2002 ; Drake et Brunette, 1998 ; Drake *et al*., 2016 ; Mueser *et al*., 2013 ; Schmidt *et al*., 2011), un fonctionnement social perturbé (Drake et Brunette, 1998 ; Horsfall, Cleary, Hunt et Walter,

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

2009 ; Mueser *et al*., 2013 ; Schmidt *et al*., 2011), des difficultés à trouver et maintenir un emploi (Drake *et al*., 2016), de la difficulté à conserver un logement (Banerjee *et al*., 2002 ; Drake et Brunette, 1998 ; Mueser *et al*., 2013 ; Schmidt *et al*., 2011), la présence d'itinérance (Banerjee *et al*., 2002 ; Drake et Brunette, 1998 ; Mueser *et al*., 2013 ; Schmidt *et al*., 2011) et de victimisation (Banerjee *et al*., 2002), une augmentation des comportements à risque (King, Kidorf, Stoller et Brooner, 2000) et des problèmes légaux pouvant aller jusqu'à l'incarcération (Banerjee *et al*., 2002 ; Drake et Brunette, 1998 ; Drake *et al*., 2016 ; Mueser *et al*., 2013 ; Schmidt *et al*., 2011).

Considérant les nombreux impacts occasionnés par la présence simultanée d'un trouble de santé mentale et d'un TUS, il n'est pas étonnant que les personnes aux prises avec ces troubles présentent des besoins complexes d'intervention (Banerjee *et al*., 2002). Sur le plan des soins, Banerjee *et al*. (2002) soulignent d'ailleurs que ces personnes requièrent des niveaux de soins plus élevés tout en présentant une plus grande résistance au traitement qu'il soit pharmacologique ou non. Ainsi, afin d'accroître les chances de rétablissement et d'augmenter la qualité de vie de ces personnes, il est important de cibler clairement leurs besoins individuels autant au niveau des besoins de base que des besoins biopsychosociaux, de santé mentale ou concernant la consommation de SPA.

Selon le rapport sur l'évaluation des programmes de traitement de la schizophrénie de Santé Canada (1994), l'évaluation des programmes en santé mentale devrait cibler le plus possible l'amélioration des symptômes, la capacité de fonctionnement, la qualité de vie et la satisfaction des usagers. De plus, Whitley et Drake (2010) précisent que le rétablissement en santé mentale doit aussi prendre en compte des dimensions mesurables comme la dimension clinique (qui peut se mesurer par l'hospitalisation, l'adhérence, la sévérité des symptômes), la dimension existentielle (qui peut se mesurer par le bien-être émotionnel, l'autonomie et l'autoefficacité), la dimension fonctionnelle (qui peut se mesurer par l'emploi, l'éducation et la stabilité résidentielle), la dimension physique (qui peut se mesurer par l'exercice, le poids, l'usage de SPA) et finalement la dimension sociale (qui peut se mesurer par le soutien social, les activités de loisir, l'intégration dans la communauté ou le sentiment d'appartenance).

Au Québec, dans la région de Chaudière-Appalaches, le programme Rond Point spécifiquement conçu pour les gens ayant un trouble psychotique en concomitance avec un TUS, propose un accompagnement personnalisé dispensé par une équipe multidisciplinaire de professionnels médicaux et psychosociaux qui s'affairent à offrir un soutien quotidien en continu selon une approche intégrée des services de santé mentale et de dépendance. Ainsi, de manière conjointe et en un seul lieu, les intervenants des deux programmes se concertent en équipe sur les cibles thérapeutiques spécifiques à chaque usager. L'intervention se fait dans un milieu de vie qui prend la forme d'un appartement supervisé pouvant accueillir 6 personnes à la fois pour une durée variant de 6 à 18 mois. À la fin de cette période, l'équipe traitante continue le suivi des usagers en externe afin de consolider le travail amorcé au cours de la période d'hébergement et de favoriser le maintien de leurs acquis dans une vie autonome. Le suivi vise le rétablissement des usagers et cible plusieurs aspects cliniques, soit la stabilisation de la santé mentale, la réduction des méfaits associés à la consommation, le développement d'habiletés à vivre au sein d'un milieu de vie de façon autonome, le développement d'habiletés sociales, l'amélioration de l'estime de soi et la reprise de contrôle sur sa vie. La programmation clinique est structurée, mais suit le rythme de l'usager et s'adapte aux besoins de chacun. L'atteinte des objectifs se mesure par une consommation diminuée et contrôlée, une stabilisation de la santé mentale ainsi qu'une

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

évolution du fonctionnement au quotidien et l'amélioration de la qualité de vie. Le tableau 1 présente un résumé des composantes cliniques du programme.

L'objectif du présent projet est d'évaluer l'impact du passage au programme Rond Point pour les usagers présentant un trouble psychotique en concomitance avec un TUS. Tel que suggéré par Whitley et Drake (2010) les dimensions mesurables suivantes sont retenues pour estimer le rétablissement des usagers : dimension clinique (hospitalisation, visites à l'urgence), dimension existentielle (bien-être psychologique, détresse psychologique, autonomie et auto-efficacité, autres situations préoccupantes), dimension fonctionnelle (emploi, habillement, occupation, stabilité résidentielle), dimension physique (alimentation, exercice, consommation de substances) et dimension sociale (réseau de soutien, activités de loisir, intégration dans la communauté, sentiment d'appartenance).

MÉTHODE

Participants

Les participants ont été recrutés parmi les 30 personnes admises au programme Rond Point (RP) entre septembre 2010 et août 2015 ; toutes avaient un diagnostic de trouble psychotique donné par un psychiatre et présentaient un problème de consommation de SPA. Au total, 19 des 30 personnes admises ont accepté de participer au projet de recherche (63 %). Toutefois seules les 16 personnes qui ont rempli les évaluations prévues à l'entrée au programme, et 12 mois plus tard, sont retenues. De ce nombre, 1 participant a été exclu des analyses, car son exposition au traitement a été jugée insuffisante : il est demeuré moins de 31 jours consécutifs à RP en raison d'une hospitalisation de 26 jours alors que la moyenne de séjour à RP est de plus d'un an (M = 389,87 jours ; ÉT = 213,47). Les analyses présentées ici sont donc faites en utilisant les données de 15 participants.

Les participants sont âgés de 19 à 52 ans (M = 27,6 ans ; ÉT = 8,7 ans) et 12 sont des hommes. À l'entrée à RP, 13 participants étaient célibataires et 1 était en couple (1 participant n'a pas donné cette information). La majorité des participants ont terminé leur primaire (n = 9), 3 ont obtenu un diplôme d'études secondaires et 3 ont complété un niveau collégial. La majorité des participants (n = 10) vit de prestations de la Sécurité du revenu. Le revenu mensuel moyen des participants est de 1121,07 $ (ÉT = 774,96 $).

Procédure

Au cours des premières semaines d'admission à RP, les intervenants du programme offrent aux usagers de participer au projet de recherche, recueillent leur consentement et, le cas échéant, remplissent les questionnaires d'évaluation avec eux. Les questionnaires utilisés sont le DÉBA-Alcool/Drogues (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001), le CES-D (Fuhrer et Rouillon, 1989), l'IDESPQ-29 (Boyer, Préville, Légaré et Valois, 1993) et le RÉSO (Tremblay *et al*., 2010). Ces mêmes questionnaires sont remplis 12 mois après l'entrée à RP. Une compensation financière de 25 $ (bons d'achat) est remise aux participants après l'évaluation de suivi de 12 mois.

Les données sociodémographiques colligées à l'entrée des usagers à RP sont également utilisées pour dresser leur portrait. Quant aux données concernant les visites à l'urgence et les hospitalisations un an avant

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

Tableau 1

Description du programme d'intervention de Rond Point

Thèmes	Cibles d'interventions
Engagement au traitement	
Établir l'alliance thérapeutique	Aide à la pratique des besoins essentiels (nourriture, vêtement, hébergement, revenu, transport, soins médicaux) Intervention de crise Soutien et assistance pour le réseau social Stabilisation des symptômes de santé mentale Rencontres de famille Surveillance étroite de l'usager
Motivation au changement	
Reconnaître les impacts de la consommation sur la problématique de santé mentale et la qualité de vie en vue de favoriser le changement des habitudes de consommation	Entrevues motivationnelles Préparation psychologique au changement du mode de vie Participation à des groupes d'entraide (AA, NA) Entraînement aux habiletés sociales dans des situations non reliées à la consommation Activités structurées (ateliers, bénévolat, travail dirigé) Analyses des activités sociales et choix de nouvelles activités constructives et récréatives visant le changement de comportement Travail psychoéducatif auprès de l'usager et de sa famille
Rétablissement/Changement	
Réduire la consommation de SPA (si possible abstinence) ; Apprendre à gérer sa prise de médication de santé mentale ; Favoriser la réinsertion sociale dans les sphères identifiées problématiques	Rencontres individuelles thérapeutiques Activités psychoéducatives Gestion du stress et habilités à détecter les sources de stress Gestion autonome de la médication de santé mentale Entraînement aux habiletés sociales pour faire face aux situations reliées à la consommation de SPA Participation à des groupes d'entraide (AA, NA) et de pairs Possibilité de traitement pharmaco pour aider l'abstinence Résolution de problèmes individuels reliés à la famille
Prévention de la rechute	
Généraliser les acquis du rétablissement à d'autres sphères de vie ; Favoriser la vigilance quant aux situations potentielles de rechute et développer diverses stratégies pour diminuer les risques de rechute	Améliorer le mode de vie (p. ex. cesser de fumer, habitudes alimentaires, exercices physiques réguliers, gestion du stress) Soutenir les démarches d'emploi, de participation à des activités d'intégration et la recherche d'un logement autonome Poursuivre l'entraînement aux habiletés sociales Devenir un modèle pour les autres usagers du programme Groupes d'entraide (AA, NA) et de pairs Poursuite de résolution des problèmes liés à la famille Accompagnement dans la recherche d'un logement autonome

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

l'entrée à RP et un an après la sortie de RP, elles ont été recueillies auprès du service des archives de l'Hôpital de Saint-Georges (soit l'hôpital régional).

Instruments

Questionnaire d'évaluation des besoins en réinsertion sociale (RÉSO ; Tremblay *et al*., 2010). Ce questionnaire permet d'évaluer le degré de réponse que l'usager apporte à ses besoins de base. Bien qu'il permette d'évaluer 8 sphères de vie, des items de seulement 4 sphères sont conservés pour le projet. Alimentation : habileté à préparer ses repas ; Habillement : choisir ses vêtements en fonction du prix, de l'entretien nécessaire, de la saison, des couleurs et des situations ; Hygiène : hygiène corporelle, entretien adéquat du logement ; Occupation : source de revenus et présence sur le marché du travail ; Réseau de soutien : pour parler de ses difficultés/émotions, pour favoriser la démarche de changement et d'habitudes de consommation. Ces items sont conservés, car ils reflètent davantage que les autres les capacités des participants pour estimer l'impact de leur participation au programme. Les items des sphères alimentation, habillement et hygiène sont évalués sur une échelle variant de « pas du tout » à « complètement » alors que la sphère réseau de soutien est évaluée à l'aide de choix multiples. Afin de déterminer l'amélioration des usagers, le nombre de participants se situant dans chacune des catégories de réponse a été comparé entre les deux temps de mesure.

Détection du besoin d'aide — Alcool/Drogues (Tremblay *et al*., 2001). Cet instrument (DÉBA-A/D) permet de déterminer le niveau de service requis en lien avec la sévérité de la problématique de consommation de SPA de la personne et de l'orienter adéquatement vers le service correspondant à ses besoins. Il se présente sous deux versions, l'une pour la consommation d'alcool (DÉBA-A) et l'autre pour la consommation de drogues (DÉBA-D). Il inclut deux questionnaires permettant d'évaluer le degré de dépendance à l'alcool (Questionnaire bref de dépendance à l'alcool, traduction du *Severity of Alcohol Dependance Data*-SADD, Raistrick, Dunbar, & Davidson, 1983) et à la drogue (Échelle de la sévérité de la dépendance, traduction du *Severity of Dependance Scale*-SDS, Gossop *et al*., 1995) de même que deux échelles de conséquences : l'ÉCCA pour l'alcool (Tremblay, Rouillard, & Sirois, 2000a) et l'ÉCCD pour la drogue (Tremblay, Rouillard, & Sirois, 2000b). Le DÉBA-A/D est utilisés afin d'identifier les SPA consommées sans égard à la quantité ou la fréquence, les SPA consommées de manière à risque de même que le degré de dépendance à l'alcool et aux drogues. Pour identifier une consommation à risque d'alcool, le DÉBA-A utilise des critères de quantité par semaine (11 consommations standards pour une femme/16 consommations standards pour un homme) et de fréquence (12 et plus au cours de la dernière année) d'épisodes de consommation plus intensive d'alcool en une seule occasion (4 verres ou plus pour une femme/5 verres ou plus pour un homme). Les critères du DÉBA-D pour identifier une consommation à risque de drogues ciblent la fréquence de consommation au cours de la dernière année (cannabis : 1 à 2 fois par semaine et plus ; les autres drogues : 1 à 3 fois par mois et plus) ou l'utilisation de l'injection comme mode de consommation, peu importe la fréquence de la consommation. Le degré de dépendance est quant à lui distribué en 3 catégories (léger, modéré et sévère) tel qu'évalué par les échelles de dépendance (QBDA et ÉSD).

Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ-29 ; Boyer *et al*., 1993). Ce questionnaire comporte 29 items permettant de mesurer la détresse psychologique du répondant. Son utilisation permet de vérifier la présence de symptômes de dépression, d'anxiété, de colère et d'irritabilité.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

Tous les items sont évalués selon une échelle en 4 points variant de « jamais » à « très souvent ». Il est utilisé dans l'enquête Santé Québec et est basé sur le *Psychiatric Symptom Index* de Ilfeld (1976). Il a été validé auprès de la population québécoise par Boyer *et al*. (1993). Sa consistance interne est très bonne ($\alpha = 0{,}89$) et son seuil clinique est établi au 85e percentile selon le sexe et le groupe d'âge des participants. Toutefois, afin d'avoir un seuil critique uniforme pour l'échantillon, le seuil retenu pour le présent projet correspond à la moyenne des scores du 85e percentile des groupes d'âge les plus présents dans l'échantillon et des deux sexes ce qui représente un score de 25. Le score total des participants est utilisé pour le projet de même que le nombre de participants rencontrant le seuil clinique.

Bien-être psychologique. Il est **é**valué à l'aide de la version française du *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D ; Fuhrer et Rouillon, 1989). Ce questionnaire compte 20 items évaluant 6 composantes de la dépression. Pour chaque item, la personne doit indiquer la fréquence d'apparition des différents symptômes en utilisant une échelle en 4 points variant de 0 « jamais, très rarement » à 3 « fréquemment, tout le temps ». L'addition des scores de chaque item permet le calcul d'un score total. La version anglaise du questionnaire présente une bonne consistance interne (α variant de .85 à .90) de même qu'une bonne validité de construit. Son seuil clinique est établi à 17 pour les femmes et à 23 pour les hommes. Dans le cadre du présent projet, un score de 20 a été retenu en raison de la faible représentation des femmes dans l'échantillon. Le score total des participants est utilisé pour le projet de même que le nombre de participants rencontrant le seuil clinique.

Hospitalisations et visites à l'urgence pour des problèmes psychiatriques ou de consommation. Pour chacun des participants, le service des archives de l'Hôpital de Saint-Georges a fourni la description et la durée de chaque visite à l'urgence et l'hospitalisation pour la période couvrant un an avant l'entrée au programme RP et un an après la sortie de RP. Il est à noter que seules les hospitalisations et les visites à l'urgence pour des motifs psychiatriques ou pouvant être reliés à la consommation de SPA ont été conservées. L'appendicite, le saignement utérin anormal, les troubles de la vessie et des kystes pilonidaux sont des exemples des motifs d'hospitalisation et de visites à l'urgence qui ont été retirés. Le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations de même que leur durée sont utilisées pour vérifier l'amélioration de la situation des usagers.

RÉSULTATS

Des analyses quantitatives et qualitatives permettent de rendre compte des impacts de la participation au programme RP. Les analyses quantitatives ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS et un taux de signification de 0,05 a été retenu. Une interprétation qualitative des retombées de la participation au programme RP est également présentée. Celle-ci concerne les retombées observées sur différentes sphères de vie des participants.

Nombre de visites et d'heures passées à l'urgence pour des problèmes psychiatriques ou de consommation

Au cours de l'année précédant l'entrée à RP, les participants ont fait 16 visites à l'urgence ($M = 1{,}07$; ÉT = 0,96) représentant un total de 261 h 09 de séjour à l'urgence pour des problèmes psychiatriques ou de consommation (M = 18 h 24 ; ÉT = 20 h 12). Des tests-t pour échantillons appariés effectués sur ces deux

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

variables indiquent des diminutions significatives du nombre de visites (t [14] = -3 287, p = .005) et du nombre total d'heures passées à l'urgence (t [14] = -3,18, p = .007) entre les deux temps de mesure. Au cours de l'année suivant la sortie de RP, le nombre de visites à l'urgence est passé de 16 à 2 (M = 0,13 ; ÉT = 0,52) et le nombre total d'heures à l'urgence est quant à lui passé de 261 h 09 à 24 h 28 (M = 1 h 37 ; ÉT = 6 h 19).

Nombre d'hospitalisations et durée du séjour pour des problèmes psychiatriques ou de consommation

Au cours de l'année précédant l'entrée à RP, les participants ont été hospitalisés 14 fois (M = 0,93 ; ÉT = 0,70) pour un total de 614 jours d'hospitalisation (M = 40,93 ; ÉT = 37,19) pour des motifs psychiatriques ou de consommation. Des tests-t pour échantillons appariés effectués sur ces deux variables indiquent des diminutions significatives du nombre total d'hospitalisations (t [14] = 5,53, p = .00) et du nombre de jours d'hospitalisation (t [14] = -3,76, p = .002) au cours de l'année suivant la sortie de RP. Le nombre d'hospitalisations est passé de 14 à 2 (M = 0,13 ; ÉT = 0,35) et le nombre de jours d'hospitalisation est passé de 614 à 117 (M = 7,80 ; ÉT = 28,07) au cours de cette période.

Bien-être psychologique

Le test-t pour échantillons appariés effectué sur le score total au CES-D ne montre aucune différence significative entre les deux temps de mesure (Entrée : M = 17,33 ; ÉT = 6,99 ; Un an plus tard : M = 14,53 ; ÉT = 4,29), t (14) = 2 028, p = .06. Malgré ceci, le test de rangs signés de Wilcoxon indique une amélioration cliniquement significative du bien-être psychologique : 10 participants présentent un score moins élevé un an après leur entrée à RP (Z = -1,98, p < .05). Le score total de 4 de ces participants passe sous le score sous le seuil clinique.

Détresse psychologique

Le test-t pour échantillons appariés effectué sur le score total de détresse psychologique montre une différence significative entre les deux temps de mesure (Entrée : M = 18,07 ; ÉT = 12,12 ; Un an plus tard : M = 10,33 ; ÉT = 8,27), t (14) = 2,85, p = .01. Aucune différence significative n'est trouvée pour le nombre de participants rencontrant le seuil clinique bien que celui-ci soit passé de 4 à 1 participant entre les deux temps de mesure, Z = -1,00, p = .31.

Consommation de substances psychoactives et degrés de dépendance

Les SPA consommées (tableau 2) par le plus grand nombre de participants au cours de l'année qui a précédé l'entrée à RP sont l'alcool (n = 13), le cannabis (n = 12), les stimulants (n = 12) et la cocaïne (n = 9). Douze mois après l'entrée à RP, le nombre de consommateurs a diminué pour la majorité des SPA ; les SPA consommées par le plus grand nombre de participants sont alors l'alcool (n = 12), les médicaments sédatifs (n = 7) et les stimulants (n = 7). Les résultats indiquent également une diminution du nombre de consommateurs à risque des différentes SPA. En effet, à l'entrée au programme RP, 9 personnes avaient une consommation à risque de stimulants, 5 avaient une consommation à risque d'alcool, 4 une consommation à risque de cannabis, 4 une consommation à risque de cocaïne, 2 une consommation à risque de médicaments sédatifs et 1 personne avait une consommation à risque d'opioïdes. Un an après l'entrée à RP, aucun participant ne présente une consommation à risque pour l'ensemble des SPA.

Des changements cliniquement significatifs sont également observés sur la gravité de la dépendance

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

Tableau 2

Consommation de substances psychoactives avant l'entrée à RP et 1 an plus tard

	Entrée au programme Rond Point		Douze mois après l'entrée au programme Rond Point	
	Consommateurs (*N*)	Consommateurs à risque (*N*)	Consommateurs (*N*)	Consommateurs à risque (*N*)
Alcool	13	5	12	0
Stimulants	12	9	7	0
Cannabis	12	4	6	0
Cocaïne	9	4	2	0
Médicaments sédatifs	7	2	7	0
Hallucinogènes	4	0	0	0
Opiacés	3	1	1	0
PCP	1	0	0	0
Inhalants	1	0	0	0

Tableau 3

Degrés de dépendance à l'alcool et aux drogues tel qu'évalués au DÉBA-A/D à l'entrée à RP et 12 mois plus tard

	Entrée à RP (*N* = 15)				Douze mois après l'entrée à RP (*N* = 15)			
	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Alcool	10	1	1	3	14	1	0	0
Drogues	4	2	1	8	15	0	0	0

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

à l'alcool et aux drogues des participants entre l'entrée à RP et 12 mois plus tard (tableau 3). Ainsi, lors de l'entrée à RP, 3 participants présentaient une dépendance sévère à l'alcool, 1 présentait une dépendance modérée, 1 autre présentait une dépendance légère et 10 ne présentaient aucune dépendance à l'alcool. Douze mois après l'entrée à RP, 14 participants présentaient une absence de dépendance à l'alcool et 1 présentait une dépendance légère à cette SPA. Un profil semblable est observé pour la consommation de drogues. En effet, lors de l'entrée à RP, 8 participants présentaient une dépendance sévère à la drogue, 1 présentait une dépendance modérée, 2 présentaient une dépendance légère et 4 ne présentaient aucune dépendance aux drogues. Douze mois plus tard, tous les participants (n = 15) présentaient une absence de dépendance aux drogues.

Modifications aux sphères de vie

Alimentation. Des changements sont observés entre les deux temps de mesure pour les habiletés à préparer les repas. En effet, lors de leur entrée à RP, 2 participants considéraient avoir « peu/pas du tout » d'habiletés pour la préparation des repas et 8 mentionnaient posséder « moyennement/beaucoup » ces habiletés. Douze mois plus tard, le nombre de participants mentionnant être complètement aptes à préparer leurs repas est passé de 4 à 7.

Habillement. Les comparaisons entre les deux temps de mesure indiquent une diminution du nombre de participants (n = 2 vs n = 0) se disant « peu/pas du tout » en mesure de choisir ses vêtements en fonction du prix, de l'entretien nécessaire, de la saison, des couleurs et des situations et une augmentation du nombre de participants se disant « complètement » en mesure de faire ceci (n = 6 vs n = 9).

Hygiène. On note une amélioration de l'hygiène corporelle des participants 1 an après leur entrée à RP. En effet, le nombre de participants présentant une hygiène corporelle « complètement » adéquate est passé de 8 à 11. Des améliorations sont également notées sur le plan de l'entretien du logement alors que le nombre de participants indiquant un entretien complètement adéquat est passé de 5 à 9 entre les deux temps de mesure.

Occupation. Que ce soit à l'entrée à RP ou 12 mois plus tard, la majorité des participants ont la Sécurité du revenu comme principale source de revenus (n = 10). Sur le plan de l'emploi, à l'entrée à RP, 2 participants occupaient un emploi à temps partiel (n = 1) ou à temps plein (n = 1) et 2 recevaient de l'assurance emploi. Douze mois plus tard, c'est plutôt 5 participants qui occupaient un emploi à temps plein (n = 3) ou à temps partiel (n = 2).

Réseau de soutien. À l'entrée à RP, 3 participants mentionnaient consommer avec les gens de leur entourage sur qui ils pouvaient compter pour parler de leurs difficultés et de leurs émotions et 4 mentionnaient consommer avec les gens qui les soutenaient dans leur démarche de consommation. Un an plus tard, aucun participant ne consommait avec les gens leur offrant ces types de soutien.

DISCUSSION

Le présent projet avait pour objectif d'évaluer l'impact du passage au programme RP conçu spécifiquement pour les personnes présentant un trouble psychotique en concomitance avec un TUS. Les dimensions mesurables à évaluer telles que suggéré par Whitley et Drake (2010) ont été analysées afin de vérifier dans quelle mesure les participants au programme améliorent leur qualité de vie globale. Ainsi, les résultats

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

indiquent une diminution significative du nombre de visites à l'urgence et du nombre d'hospitalisations pour des motifs de santé mentale ou de consommation de SPA de même qu'une diminution significative de la durée du temps passé à l'urgence et du temps d'hospitalisation pour les mêmes motifs.

Sur le plan de la consommation, les résultats indiquent une diminution du nombre de personnes présentant une dépendance à l'alcool et aux drogues de même que l'absence de consommation à risque de l'ensemble des SPA un an après l'entrée à RP. Ces résultats montrent bien que les personnes ayant un trouble psychotique sont en mesure de mieux contrôler leur consommation de SPA à la suite de leur passage à RP. Un meilleur contrôle de la consommation peut contribuer à diminuer les risques de rechutes (Crockford et Addington, 2017 ; Janssen, Gaebel, Haerter, Komaharadi, Lindel et Weinmann, 2006 ; Mueser et Roe, 2016), faciliter l'adhésion au traitement (Addington, Abidi, Garcia-Ortega, Honer, et Ismail, 2017 ; Crockford et Addington, 2017 ; Janssen et coll., 2006) également favoriser une plus grande efficacité de celui-ci (Abidi *et al*., 2017 ; Mueser et Roe, 2016) et diminuer les risques pour la santé (Ziedonis *et al*., 2005). Ceci semble confirmé par les améliorations observées sur les variables reliées à l'alimentation, l'habillement, l'hygiène, l'occupation de même que le développement d'un réseau de soutien non-consommateur.

Sur le plan psychologique, les résultats indiquent que la majorité des participants ont amélioré leur bien-être psychologique 1 an après leur entrée au programme, et ce, bien que globalement ils ne montrent pas une amélioration significative de leur score total de bien-être. Par ailleurs, les participants présentent une diminution globale de leur détresse psychologique, et ce bien que le nombre de participants sous le seuil clinique demeure le même 1 an après l'entrée au programme. Considérant ces résultats, il est possible de croire que le passage au programme permet d'améliorer le bien-être psychologique de la majorité des participants sans toutefois que cette amélioration soit suffisamment importante pour se refléter sur le score global. La détresse psychologique diminue significativement 1 an après l'entrée au programme tout en demeurant cliniquement significative chez la majorité des participants. Considérant ces résultats sur les 2 variables psychologiques, il pourrait être important que le programme accorde une grande place à cette composante et que des interventions visant à assurer le bien-être psychologique des participants soient faites régulièrement afin de contrer la détresse des participants.

Alors qu'au premier regard un programme intégré d'intervention comme Rond Point qui est très spécialisé semble présenter des coûts importants, lorsqu'on considère les coûts, il faut se rappeler que les personnes ayant un TUS présentent de hauts taux d'hospitalisation et d'utilisation des services ambulatoires (Huber *et al*., 2006 ; Kline-Simon *et al*., 2014) et qu'en combinant un trouble de santé mentale sévère et persistant, ces personnes requièrent des niveaux de soins plus élevés en raison de leurs besoins complexes (Banerjee *et al*., 2002). La diminution importante de l'utilisation des urgences et des hospitalisations obtenue ici indique clairement que la participation au programme RP contribue à diminuer les coûts des soins de santé offerts à ces personnes de même que les coûts pour le système de santé.

Bien que le taux de participation à ce projet soit de 63 %, le petit nombre de participants (N = 15) représente la principale limite de ce projet puisqu'il rend difficile la généralisation des résultats à d'autres populations. Malgré tout, les présents résultats laissent entrevoir l'efficacité d'une intervention intégrée dans laquelle les spécialistes en santé mentale et les spécialistes en dépendance travaillent ensemble pour contribuer au mieux-être des personnes ayant un trouble psychotique concomitant à un TUS. Par ailleurs, la principale force de ce projet a été de suivre 15 personnes présentant une double problématique importante sur une

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

période d'un an et de pouvoir ainsi observer les retombées tangibles de leur participation à un programme intégré d'intervention sur l'amélioration globale de leur qualité de vie. Des études subséquentes devraient tenter d'augmenter le nombre de participants afin de favoriser la généralisation des résultats. Elles pourraient également s'intéresser au maintien des acquis sur une plus longue période, de même qu'à documenter les retombées de l'amélioration de la qualité de vie de ces usagers sur leur entourage.

RÉFÉRENCES

Abidi, S., Mian, I., Garcia-Ortega, I., Lecomte, T., Raedler, T., Jackson, K., … Addington, D. (2017). Canadian guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in children and youth. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*(9), 635–647. doi: 10.1177/0706743717720197

Addington, D., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Homer, W.G. et Ismail, Z. (2017). Canadian guidelines for the assessment and diagnosis of patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*(9), 594–603. doi: 10.1177/0706743717719899

Agence de la Santé publique du Canada. (2012). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap_3-fra.php

Astals, M., Domingo-Salvany, A., Castillo, C., Tato, J., Vazquez, J.M., Martin-Santos, R. et Torrens, M. (2008). Impact of substance dependance and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Substance Use and Misuse, 43*(5), 612–632.

Banerjee, S., Clancy, C. et Crome, I. (2002). Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): An information manual. Final report to the Department of Health. London: Repéré sur le site du Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit à http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ddipPracManual.pdf

Bellack, S.A. et DiClemente, C.C. (1990). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 50*(1), 75–80.

Blondeau, C., Nicole, L. et Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. Annales Médico Psychologiques, 164, 869-876. doi : 10.1016/S0003-4487(06)00270-8

Boyer, R., Préville, M., Légaré, G. et Valois, P. (1993). La détresse Psychologique dans la population du Québec non Institutionnalisée : Résultats Normatifs de L'enquête Santé Québec. [IDPESQ-14 et IDPESQ-29] *The Canadian Journal of Psychiatry, 38*(5), 339–343. doi: 10.1177/070674379303800510

Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada : Troubles Concomitants.* Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Ottawa, Ontario.

Crockford, D. et Addington, D. (2017). Canadian schizophrenia guidelines: Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*(9), 624–634. doi: 10.1177/0706743717720196

Curan, G.M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Collins, K, Keys, J. et Kotrla, K.J. (2003). Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Annals of Emergency Medicine, 41*(5), 659–667. doi: 10.1067/mem.2003.154

Drake R.E., Luciano, A.E., Mueser, K.T., Covell, N.H., Essock, S.M., Xie, H. et McHugo, G.J. (2016). Longitudinal course of clients with co-occuring schizophrenia-spectrum and substance use disorders in urban mental health centers: A 7-year prospective study. *Schizophrenia Bulletin, 42*(1), 202–211. doi: 10.1093/schbul/sbv110

Drake, R.E. et Brunette, M.F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. In Galenter, M. (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism, Volume 14: The Consequences of Alcoholism*. (pp. 285–299). Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Jody_Sindelar/publication/13533918_Drinking_Problem_Drinking_and_Productivity/links/00b7d53c843a1595fa000000.pdf#page=310

Dubreucq S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : La situation montréalaise. *Santé Mentale au Québec*, *37*(1), 31–46.

Fuhrer, R. et Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation [The French version of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)]. *European Psychiatry, 4*(3), 163–166.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et Strang, J. (1995). The Severity of Dependance Scale (SDS): psychometrics properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*(5), 607–614.

Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E. et Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry, 17*(1), 24–34. doi: 10.1080/10673220902724599

Huber, F.-X., Hackert, T. et Meeder, P.J. (2006). Problems and costs associated with alcohol and drug abuse in emergency medicine. *European Journal of Health Economics, 7*(3), 196–198. doi: 10.1007/s10198-006-0352-3.

Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Report, 39*(3), 1215–1228. doi: 10.2466/pr0.1976.39.3f.1215

Janssen, B., Gaebel, W., Haerter, M., Komaharadi, F., Lindel, B. et Weinmann, S. (2006). Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacology, 187*, 229–236. doi: 10.1007/s00213-006-0413-4

King, V.L., Kidorf, M.S., Stoller, K.B. et Brooner, R.K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors. *Journal of Addictive Diseases, 19*(4), 65–83. doi: 10.1300/J069v19n04_07

Kline-Simon, A.H., Weisner, C.M., Parthasarathy, S., Falk, D.E., Litten, R.Z. et Merlens, J.R. (2014). Five-year healthcare utilisation and costs among lower risk drinkers following alcohol treatment. *Alcohol Clinical and Experimental Research, 38*(2), 579–586. doi: 10.1111/acer.12273

Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L. et Cassisi, J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 465–497. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620

Mueser, K.T. et McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. *Lancet, 363*(9426), 2063-72.

Mueser, K.T. et Roe, D. (2016). Schizophrenia disorders. Dans Norcross, J.C., VandenBos, G.R., Freedheim, D.K. et Pole, N. (Eds). *APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health, 4*, 225–251. Washington, DC, US: American Psychological Association, 636 pp.

Proulx, C. (2014). *La clientèle présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble de santé mentale sévère et persistant* : *Bilan critique de trois alternatives de traitements offertes au Québec*. (Essai synthèse inédit, Maitrise en intervention en toxicomanie). Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

Raistrick, D., Dunbar, G. et Davidson, R. (1983) Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. [Instrument de mesure – Severity of Alcohol Dependance Data – SADD]. *British Journal of Addiction, 78*(1), 89–95.

Santé Canada. (1994). Évaluation des programmes de traitement de la schizophrénie : Une perspective économique médicale. (No. Catalogue: H39-302/1994F). Repéré à http://publications.gc.ca/pub?id=9.679271&sl=0

Schmidt L.M., Hesse M. et Lykke J. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia—A 15-year follow-up study: Dual diagnosis over 15 years. *Schizophrenia Research, 130*(1–3), 228–233. doi: 10.1016/j.schres.2011.04.011

Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2000a). L'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool — ÉCCA. *Dépistage/*évaluation *du besoin d'aide — Alcool/Drogues DEBA*, Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA. www.risqtoxico.ca

Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2000b). L'Échelle des conséquences de la consommation de drogues– ÉCCD. *Dépistage/*évaluation *du besoin d'aide — Alcool/Drogues DEBA*, Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA. www.risqtoxico.ca

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Sirois, M., Dorval, J., Drouin, M., et Leblanc, L. (2010). RÉSO : Outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale. [Instrument de mesure - RÉSO]. Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA. www. risqtoxico.ca.

Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2001). Dépistage/évaluation du besoin d'aide — Alcool/Drogues [Instrument de mesure – DEBA-A/D]. Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www. risqtoxico.ca.

Tsuang, J., Fong, T.W. et Lesser, I. (2006). Psychosocial treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment, 5*(2), 53–66.

van Os, J. et Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet, 374*(9690), 635–645. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8.

Whitley, R. et Drake, R.E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services, 61*(12), 1248–1250.

Ziedonis D.M., Smelson, D., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.L., Henry, R.J., ... Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practices, 11*(5), 315–339.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.216.94.152 on 05/15/24