

Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie

Rapport du Comité d'experts

**Régie régionale
de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre**

Mars 1999

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie

Rapport du Comité d'experts

**Régie régionale
de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre**

Mars 1999

Table des matières

Membres du Comité d'experts	iv
Résumé exécutif	1
1. Introduction	3
1.1 Le mandat	3
1.2 Le comité d'experts	4
1.3 Plan de travail et travaux réalisés	4
1.4 Synthèse des travaux réalisés lors des rencontres du comité.....	4
2. État de situation	5
2.1 Introduction	5
2.2 Description des services	5
2.3 Description de la clientèle	6
2.4 Description des modalités de références.....	6
2.5 Discussion.....	7
3. Lacunes dans l'organisation des services.....	8
3.1 Introduction	8
3.2 Méthode.....	8
3.3 Résultats.....	8
4. Modèle d'organisation des services.....	9
4.1 Introduction	9
4.2 Le modèle	9
5. Analyse de faisabilité.....	11
6. Suites	12
6.1 Échéancier préliminaire.....	12
Références	12
Annexes	13
Tableau 1 - Synthèse des lacunes	14
Tableau 2 - Responsabilités des partenaires à l'égard des usagers à double diagnostic.....	15
Figure 1 - Diagramme du modèle d'organisation des services.....	17
Figure 2 - Diagramme de la dynamique du modèle d'organisation.....	18
Recommandations du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (août 1997)	19
Recommandations du rapport de Mercier et Beaucage (février 1997)	20
État de situation [Décembre 1998]	23

Membres du Comité d'experts

Les personnes suivantes participèrent au
*Comité d'experts sur l'organisation des services pour les personnes
souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie :*

Mme Denise Arsenault	Service de désintoxication, CHUM, campus Saint-Luc
M. Denis Boivin	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Dr Maurice Dongier, m.d.	Hôpital Douglas
Mme Denise Fortin	Association IRIS
Dr Claire Gagné, m.d.	Département de psychiatrie, CHUM, campus Saint-Luc
Mme Gail Gauthier	Unité d'alcoologie et de toxicomanies, Département de psychiatrie, CUSM, Hôpital Général de Montréal
M. Michel Germain	Centre Dollard-Cormier
Dr Louise Guay, m.d.	Département de psychiatrie, CHUM, campus Saint-Luc
M. Sylvain Harvey	Centre le Portage
M. Michel Landry	Centre Dollard-Cormier
Mme Carole Lapointe	Maison L'Échelon
Mme Hélène Lejeune	Service de désintoxication, CHUM, campus Saint-Luc
M. Robert Perron	Centre le Portage
M. Michel Roberge	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Dr Jean-Yves Roy, m.d.	Département de psychiatrie, Hôpital Louis-H. Lafontaine
M. Peter Varnos	Centre le Portage

Ont assuré la coordination des travaux du comité
et la rédaction de ce rapport,

MM. Michel Roberge et Denis Boivin
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Résumé exécutif

Origine

Le « *Plan d'amélioration des services 1998-2002* » de la Régie, tout comme le rapport du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, prévoient l'organisation de services pour les personnes vivant à la fois des problèmes de toxicomanie et de troubles mentaux.

Importance de la clientèle

Les publications scientifiques estiment que 30 % à 50 % des clientèles desservies dans les départements de psychiatrie et les centres de réadaptation en toxicomanie présentent cette double problématique. Ainsi, dans la région, il pourrait s'agir de 25 000 à 40 000 personnes.

Services inappropriés

Malheureusement, ces publications indiquent aussi que ces gens sont mal desservis, profitent peu des traitements, rechutent souvent, nécessitent nombre d'hospitalisations et de recours aux urgences. Ils sont à risque de judiciarisation et d'itinérance. Les services ne sont pas adaptés.

Solution disponible

Ces publications soulignent que la situation est différente dans les services qui intègrent à la fois l'expertise de la santé mentale et de la toxicomanie.

Demande d'avis à un comité d'experts

En juin 1998, la Régie convoquait un comité d'experts « *dans le but d'obtenir leur avis au sujet de l'organisation des services à mettre en place pour les personnes touchées par la double problématique de santé mentale et de toxicomanie* ». Le présent document est le rapport de ce comité.

État de situation dans la région

Les travaux du comité précisent les ressources et les lacunes dans l'organisation des services :

- ◆ Le réseau est fort peu sensibilisé et intéressé par cette clientèle.
- ◆ La problématique est peu évaluée et il y a fort peu d'expertise.
- ◆ La clientèle est souvent exclue à cause du double diagnostic.
- ◆ Les services offerts ne sont pas intégrés. Donc, dans la région, les approches actuelles sont généralement inefficaces et inefficientes.

Modèle recommandé

Sur ces informations, le comité recommande un modèle qui se base sur quatre principes et qui détaille des mandats et responsabilités aux partenaires.

Principes organisateurs

Les principes sont :

- ◆ L'**accessibilité** à des services adaptés et intégrés doit être augmentée; l'exclusion est inacceptable;
- ◆ La **responsabilité** des partenaires doit être assumée en adaptant les services aux besoins de cette clientèle;
- ◆ La **collaboration** entre partenaires doit s'établir et créer un maillage et une transdisciplinarité;
- ◆ L'**intégration** de certains services doit se faire pour améliorer l'efficacité et l'efficience.

Mandats des partenaires

Les mandats :

- ◆ La **Régie régionale** exerce le leadership du développement des services et de leurs évaluations et elle s'associe les partenaires régionaux pour l'implantation du modèle;
- ◆ Les **services de première ligne** offrent des services de base à cette clientèle et les réfèrent aux services spécialisés avec lesquels ils collaborent;
- ◆ Les **services de deuxième ligne** offrent les services spécialisés de diagnostic et d'intervention intégrée et en collaboration avec les partenaires du réseau;
- ◆ Des **services ambulatoires de troisième ligne** doivent être organisés pour améliorer et diffuser l'expertise dans la région, en intégrant les expertises des réseaux en un lieu donné.

Financement

Pour réaliser ce modèle, il faut prioriser le montant de 500 000 \$ identifié dans le Plan (mesure 3.6.3.4) afin de préserver et d'adapter les services en toxicomanie pour cette clientèle.

Également, les services de santé mentale, par réallocation, contribueront au développement d'une troisième ligne intégrée.

Échéancier

En 1999, après son adoption, ce rapport sera diffusé, un plan d'action élaboré et des projets sollicités.

En 2000, les services de troisième ligne débiteront et les services de deuxième et première ligne s'adapteront.

1. Introduction

La constitution d'un comité d'experts sur la double problématique de la santé mentale et de la toxicomanie s'appuie sur le *Plan d'amélioration des services de santé et de services sociaux 1998-2002* de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. On retrouve cette mesure à l'intérieur du continuum de services en adaptation sociale concernant les services en alcoolisme et toxicomanie.

La mesure est ainsi libellée : « *Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de santé mentale* », (p. 85).

Sans qu'elle n'ait été l'objet d'une mesure spécifique en santé mentale, la double problématique est reconnue comme nécessitant une attention particulière dans la réorganisation des services spécialisés en psychiatrie et dans la communauté. Plusieurs études antérieures font état de la coexistence des problématiques de santé mentale et de toxicomanie chez des clientèles comme celle des personnes itinérantes à Montréal (Thibaudeau, Fortier et Campeau, 1997).

La constitution d'un comité d'experts s'appuie également sur un avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) au MSSS (août 1997). La recommandation 3.4 du CPLT est la suivante : « *Que les régies régionales s'assurent, avec les divers partenaires concernés, de l'existence d'un système intégré et efficace de prise en charge de cette clientèle, depuis le dépistage jusqu'au suivi dans le milieu* », (p. 7).

Selon les auteurs consultés, la double problématique santé mentale et toxicomanie touche entre 30 % et 50 % des clientèles de chacun des secteurs. Ainsi, à Montréal, le nombre de personnes traitées en psychiatrie étant de 80 000, et celles traitées en toxicomanie étant d'environ 8 000, le nombre de personnes atteintes seraient entre 25 000 et 40 000 sur le territoire de Montréal.

Il faut évidemment distinguer chez ces personnes le degré de sévérité du syndrome afin de connaître le nombre exact de personnes qui nécessiteront des services par des spécialistes formés dans ces deux disciplines. Néanmoins, l'ensemble de ces personnes recevra des traitements plus adéquats le jour où les intervenants seront formés à reconnaître les symptômes d'une double problématique de santé mentale et de toxicomanie.

1.1 Le mandat

En juin 1998, la Régie régionale convoquait un comité d'experts « *dans le but d'obtenir leur avis au sujet de l'organisation des services à mettre en place pour les personnes touchées par la double problématique de santé mentale et de toxicomanie* ». Tel que mentionné, cette décision de convoquer un comité d'experts sur la comorbidité était fondée sur les mesures du *Plan d'amélioration des services 1998-2002* ainsi que sur les recommandations d'un avis sur ce sujet du Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

1.2 Le comité d'experts

Ce comité de travail est constitué d'experts de la double problématique santé mentale et toxicomanie. Les milieux communautaires et institutionnels y sont représentés. Le comité est présidé par deux représentants de la Régie régionale, soit Michel Roberge pour les Services en santé mentale et Denis Boivin pour les Services en toxicomanie.

1.3 Plan de travail et travaux réalisés

À sa première rencontre, le comité d'experts a adopté un plan de travail réparti sur cinq séances de travail dans le but de rencontrer l'objectif, soit de proposer un plan d'organisation de services à la Régie.

Modifications du plan de travail

Il y a eu certaines modifications au plan de travail en cours de route pour mieux préciser les besoins des clientèles et les lacunes des services actuels. À la cinquième rencontre, il y eut dépôt de la proposition d'organisation de services à la Régie présentée dans ce document. Le dépôt d'un plan d'action, qui devrait suivre, sera du ressort de la Régie.

1.4 Synthèse des travaux réalisés lors des rencontres du comité

La réalisation du mandat s'est déroulée sur cinq rencontres ayant chacune un sujet précis à traiter :

Lors de la *première rencontre*, le 22 juin 1998, le comité de travail adopte le mandat ainsi qu'un plan de travail et débute les travaux de mise en commun de l'état de situation à l'égard des besoins, des ressources et des services actuels afin de déterminer les lacunes à combler.

La *deuxième rencontre*, le 24 septembre 1998, permet de compléter l'état de situation en la soumettant aux experts dans le but d'en faire la validation (voir en annexe). De cet état de situation, ressort un certain nombre de lacunes et de besoins à combler pour desservir la clientèle .

La *troisième rencontre*, le 20 octobre 1998, sert à approfondir les besoins des clientèles à partir de la mise en commun de cas connus dans les différents services représentés par les experts.

La *quatrième rencontre*, le 25 novembre 1998, est centrée sur le développement de pistes d'action et d'un modèle pour l'organisation des services.

La *cinquième rencontre*, le 19 janvier 1999, permet la discussion et l'adoption d'un modèle d'organisation de services à proposer à la Régie. Lors de cette rencontre, les membres ont corrigé le document proposé. Ainsi corrigé, les membres ont convenu d'adopter le présent modèle d'organisation de services.

2. État de situation

2.1 Introduction

Les membres du comité ont réalisé un état de situation à partir de services connus (voir en annexe). En y ajoutant les informations provenant de l'étude menée par Mercier et Beaucage (1997), on peut tracer un portrait sommaire de l'ensemble des ressources destinées à traiter de cette double problématique.

2.2 Description des services

Tous s'entendent pour dire que le réseau de services pour la double problématique santé mentale et toxicomanie est à l'état embryonnaire à Montréal. Tout de même, on retrouve un certain nombre de services spécialisés :

- ♦ *L'Hôpital Louis-H. Lafontaine* offre un service de consultation et de liaison assumé par un psychiatre spécialisé en double problématique.
- ♦ *L'Hôpital Général de Montréal* du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) offre un service en toxicomanie et un programme en double diagnostic rattaché au département de psychiatrie.
- ♦ Le *campus Saint-Luc* du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) offre un service de désintoxication. Le département de psychiatrie porte une attention particulière à la clientèle présentant un double diagnostic; des projets qui pourront rejoindre cette clientèle y sont également en développement
- ♦ Le *Centre Dollard-Cormier* est un centre de réadaptation en toxicomanie offrant un programme en santé mentale et toxicomanie.
- ♦ Le *Centre Portage* est un centre de réadaptation en toxicomanie qui offre un programme résidentiel pour les personnes toxicomanes souffrant de problèmes sévères en santé mentale et référées par les psychiatres des milieux hospitaliers.
- ♦ La *Clinique du Nouveau Départ* est un centre privé en traitement des toxicomanies et qui offre un programme en santé mentale et toxicomanie au moyen d'un encadrement médical et psychiatrique.
- ♦ *Certains services de première ligne* desservent cette clientèle : des centres de crise en santé mentale, des organismes communautaires d'hébergement pour la clientèle éprouvant des problèmes de santé mentale, des organismes dans la communauté tels les centres de jour. Cette clientèle est aussi desservie par le programme itinérance et l'urgence psychosociale du CLSC des Faubourgs.

2.3 Description de la clientèle

Pour les fins de ses travaux, le comité d'experts a retenu la définition suivante de la clientèle :

La clientèle visée présente à la fois des troubles mentaux souvent sévères et persistants, dont les troubles de personnalité, et des conduites dépendantes ou d'abus de substances psychotropes; de plus, elle nécessite à la fois une intervention conjointe ou concertée des services spécialisés de santé mentale et de ceux en toxicomanie.

Cette clientèle est considérée nombreuse (au moins 30 % des clientèles de chacun des secteurs). Elle est desservie dans le réseau de la toxicomanie et/ou celui de la santé mentale, mais le pronostic demeure sombre s'il n'y a pas de concertation. Elle vit généralement avec un niveau élevé de détresse psychologique.

La clientèle est généralement décrite comme ayant des troubles mentaux sévères tels une schizophrénie, une psychose, une dépression majeure, des troubles de la personnalité et autres. Elle aurait des problèmes de surconsommation importante. De plus, elle a parfois des problèmes d'itinérance ou avec la justice.

2.4 Description des modalités de références

Selon les données obtenues des participants du comité d'experts, le réseau des services destinés aux personnes affectées de la double problématique est constitué de trois sous-groupes d'intervenants :

- ◆ les centres hospitaliers offrant des services en santé mentale et toxicomanie ;
- ◆ les centres de réadaptation en toxicomanie;
- ◆ les organismes de la communauté.

De qui proviennent les références ?

La personne et ses proches s'adressent indifféremment à l'un ou l'autre des intervenants qui le prend en charge ou le réfère à la ressource jugée pertinente.

Dans les centres hospitaliers (CH) :

- ◆ Les CH reçoivent des références des autres services internes; les départements de psychiatrie et les services en toxicomanie collaborent lorsqu'ils sont présents dans un même hôpital.
- ◆ Ils reçoivent aussi des références des autres CH, des CR et de certains organismes de la communauté : CLSC, centres de crise.

Dans les centres de réadaptation (CR) :

- ♦ Les CR reçoivent des clients des CH et des organismes de la communauté.

Dans les organismes de la communauté :

- ♦ Les organismes de la communauté reçoivent des personnes de toutes les sources : CH, CR et autres organismes de la communauté.

Maintenant, à qui réfère-t-on?

- ♦ Dans l'ensemble, ce réseau se partage la clientèle. Étant donné la faiblesse de l'expertise et du nombre restreint de ressources, une bonne partie de la clientèle n'est pas desservie par les ressources aptes à traiter à la fois de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale.

2.5 Discussion

La clientèle à laquelle on réfère se caractérise généralement par la sévérité des problématiques tant au plan des troubles mentaux que de la surconsommation et de l'inadaptation sociale.

Il existe peu de services pour cette clientèle. Ces services sont concentrés dans peu d'établissements en psychiatrie ou réadaptation ainsi que dans certains organismes communautaires. Il n'y a pas de modèle unique d'intervention.

On peut aussi dire que cette clientèle est mal connue et qu'il y a peu d'intervenants intéressés par cette clientèle et préparés à la traiter dans les deux réseaux de la psychiatrie et de la toxicomanie.

Les membres du comité soulignent certaines démarches en cours pour mieux desservir la clientèle dont l'amélioration de l'articulation des services actuels en milieu hospitalier, le développement d'outils et la recherche.

3. Lacunes dans l'organisation des services

3.1 Introduction

Les publications indiquent que la clientèle ayant la double problématique santé mentale et toxicomanie est très peu desservie. Elle est souvent exclue des services psychiatriques à cause de sa toxicomanie. Lorsqu'elle y est desservie, c'est sans considérer le problème de toxicomanie; or la recherche démontre que les interventions qui négligent cet aspect sont vouées à l'échec.

Ainsi, Mercier et Beaucage (1997) rappellent que sans une approche intégrée cette clientèle est mal desservie, profite peu des traitements, rechute souvent, requiert beaucoup d'hospitalisations et de passages aux urgences. Également, elle est à risque de judiciarisation et d'itinérance.

3.2 Méthode

Afin d'identifier les lacunes propres à la réalité de la région, le comité d'experts a examiné la situation d'usagers souffrant à la fois de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et dont le traitement s'est avéré problématique. Une rencontre a permis d'échanger sur ces situations et de dresser une synthèse des situations problématiques.

3.3 Résultats

En résumé, le réseau est fort peu sensibilisé et intéressé par cette clientèle. De plus, lorsque la clientèle n'est pas simplement exclue, à cause du double diagnostic, les services offerts ne sont pas intégrés.

En première ligne, les services évaluent rarement la double problématique, réfèrent peu aux services spécialisés et n'ont pas de services adaptés (par exemple, au niveau résidentiel).

En dehors de quelques services existants, la deuxième ligne se caractérise par l'exclusion, le peu d'expertise et d'intérêt, la grande insuffisance des programmes intégrés.

Il y a peu de services de troisième ligne et ils n'ont pas un rôle mobilisateur dans la région. Ces lacunes sont décrites davantage au tableau 1, en annexe.

Sommairement, les besoins de la clientèle sont un plus grand accès au diagnostic ou à l'évaluation, aux services d'intervention intégrée en double diagnostic. Pour leur part, les organisations doivent développer la sensibilité, l'intérêt et l'expertise de leur personnel; elles doivent développer la recherche et l'enseignement et également établir des collaborations départementales inter et intra établissements.

4. Modèle d'organisation des services

4.1 Introduction

Considérant les éléments suivants :

- la priorité accordée à cette clientèle par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie, dans son *Avis sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale* (1997), et par la Régie régionale, dans son *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*;
- l'importance du nombre de cette clientèle, soit entre 30 % et 50 % des usagers des services psychiatriques et des services en toxicomanie, donc environ 25 000 à 40 000 personnes actuellement desservies dans la région, sans compter les personnes exclues des services;
- l'inefficacité et l'inefficience des services actuels, puisque qu'ils répondent peu aux besoins de ces personnes et que les interventions qui ne visent qu'une partie de la problématique ont peu de succès, selon les publications scientifiques.

Conséquemment, la région doit se doter d'un Plan d'organisation des services propre à cette clientèle.

4.2 Le modèle

Le comité d'experts recommande le modèle suivant, constitué de quatre principes, de mandats et de responsabilités pour les partenaires concernés par la clientèle; le tout est synthétisé par deux diagrammes (en annexe).

Principes

Les membres appuient les quatre principes suivants :

1. **L'accès aux services** doit être assuré à la clientèle santé mentale/toxicomanie. Ce premier principe est à la base des autres. Cet accès doit être amélioré. L'exclusion pour motif de double diagnostic, trop souvent rapportée, est inacceptable et doit disparaître.
2. La **responsabilisation des acteurs** doit être assumée à l'égard de cette clientèle. Ces personnes sont en besoin et la loi leur reconnaît le droit, comme à tout autre citoyen, à des services de santé et des services sociaux adéquats. Elles ont des besoins spécifiques et les services doivent être adaptés. Les services de dépistage et d'évaluation sont une priorité. Les services de traitement doivent être améliorés. Le personnel doit être sensibilisé et mieux formé.
3. La **collaboration des acteurs** doit s'approfondir et s'étendre. Des mécanismes de référence et des ententes de collaboration et de services doivent s'établir entre les partenaires des deux réseaux. Les références doivent être plus promptes et adressées aux bonnes ressources. Un maillage doit s'établir dans un esprit de respect et de collaboration; éventuellement, une transdisciplinarité doit émerger.
4. **L'intégration des services de santé mentale et de toxicomanie** doit se réaliser pour une partie de la clientèle. Celle-ci nécessite à la fois une action conjointe et concertée afin d'assurer une efficacité optimale des interventions. Les recherches démontrent que les approches qui n'abordent qu'un des deux éléments problématiques sont vouées à l'échec.

Également, il faut considérer ces principes dans un cadre où les connaissances sur ces troubles de comorbidité sont encore ténues, où les préjugés sont nombreux et où les formations complémentaires sont rarissimes. De fait, il s'agit de deux univers plutôt hermétiques et aux expertises spécifiques. Le défi est important.

Mandats des partenaires, mesures et critères

Les diagrammes 1 et 2, en annexe, résument le modèle en soulignant la dynamique à instaurer dans le réseau en prenant appui sur les principes énoncés.

Le tableau 2 annexé présente en détail les responsabilités des partenaires quant à leur rôle respectif.

L'amélioration des services de deuxième ligne pourra se faire en deux phases. En 1999-2000, la priorité est fixée aux CH Lafontaine et Douglas, au CHUM et CUSM ainsi qu'aux centres de réadaptation en toxicomanie, soit le Centre Dollar-Cormier et le Centre Le Portage. Les autres services de deuxième ligne devront avoir adapté leurs services en 2001-2002.

Le comité d'experts résume les mandats ainsi :

- ♦ La **Régie régionale** exerce le leadership du développement des services et de leurs évaluations; elle s'associe les partenaires régionaux pour l'implantation du modèle;
- ♦ Les **services de première ligne**, tels que les CLSC, les centres d'intervention de crise, les milieux résidentiels, les omnipraticiens offrent des services de base à cette clientèle et les réfèrent aux services spécialisés, avec lesquels ils collaborent; ils sensibilisent et forment leur personnel;
- ♦ Les **services de deuxième ligne**, soit tous les départements de psychiatrie, les services de toxicomanie des centres hospitaliers et les centres de réadaptation en toxicomanie, offrent les services spécialisés de diagnostic et d'intervention intégrée; ils collaborent avec les partenaires du réseau (première ligne et troisième ligne); ils forment leur personnel et leur assignent des responsabilités à l'égard de la clientèle;
- ♦ Des **services de troisième ligne** devront être organisés principalement en ambulatoire; leur mandat premier est d'améliorer et de diffuser l'expertise dans la région. À cet égard, ils doivent en constituer un moteur significatif. Ces services intègrent les expertises des deux réseaux en un lieu donné. Ils réalisent, à part égale, des activités de formation et des services cliniques (diagnostic, traitement et réadaptation); aussi, ils effectuent de la recherche.

5. Analyse de faisabilité

Considérant l'importance de la clientèle, tel qu'explicité précédemment, et de la nécessité de modifier les pratiques actuelles en implantant le modèle proposé, le plan de financement suivant est avancé :

- ◆ Le financement des *services de troisième ligne* se fera sur la base d'une partie de la réallocation (ressources financières et humaines) des lits de courte durée psychiatriques dont la fermeture est prévue dans le plan 1998-2002 de la Régie. Également, une participation est attendue des centres de réadaptation sous forme de personnel et autres expertises. Une partie de ces sommes pourra contribuer à la formation du personnel du réseau. Notons que la Régie précisera subséquemment les caractéristiques du projet qu'elle entend financer.
- ◆ Les *services de deuxième ligne* devront adapter leurs services à même leurs ressources. Une partie des ressources à réallouer par la fermeture des lits de courte durée psychiatriques vers des ressources ambulatoires pourront servir à améliorer ces services. Cette réallocation dans les départements sera assortie à la condition de développer les services de deuxième ligne appropriés à cette clientèle
- ◆ Une somme de 500 000 \$ est prévue au Plan 1998-2002 de la Régie pour améliorer les *services à cette clientèle dans les centres de réadaptation*. Cette somme devrait être une priorité du financement par la Régie. Sans cet apport, la contribution essentielle du réseau de la réadaptation en toxicomanie ne saurait être suffisante. Les priorités seront le maintien et l'amélioration des services actuels à cette clientèle.

6. Suites

6.1 Échéancier préliminaire

L'échéancier sommaire est présenté au tableau ci-dessous.

Un plan d'action sera formulé subséquemment à l'adoption du plan par la Régie régionale.

Références

- Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (1997). *La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale. Avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie au Ministre de la Santé et des Services sociaux*. Août, 1997.
- Mercier, C. et Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Février 1997.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 – Le défi de l'accès*. Juin 1998. Montréal : RRSSMC.
- Thibaudeau, M.F., Fortier, J. et Campeau, P. (1997). *Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profil, services d'urgence psychiatrique et nouvelles interventions*. CLSC des Faubourgs, rapport de recherche remis à la RRSSS de Montréal-Centre.

Échéancier préliminaire

- | | | |
|----|----------------|---|
| 1. | Hiver 1999 | Adoption du plan par la Régie |
| 2. | Printemps 1999 | Diffusion, information et sensibilisation des partenaires |
| 3. | Printemps 1999 | Finalisation du montage financier |
| 4. | Printemps 1999 | Invitation à soumettre un projet pour la troisième ligne |
| 5. | Automne 1999 | Représentation pour améliorer les programmes de formation universitaire |
| 6. | Hiver 2000 | Instauration des services de troisième ligne |
| 7. | Hiver 2000 | Formation du personnel (1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e ligne) |
| 8. | Printemps 2000 | Adaptation des services de deuxième ligne (phase I) |
| 9. | Printemps 2001 | Adaptation des services de deuxième ligne (phase II) |

Annexes

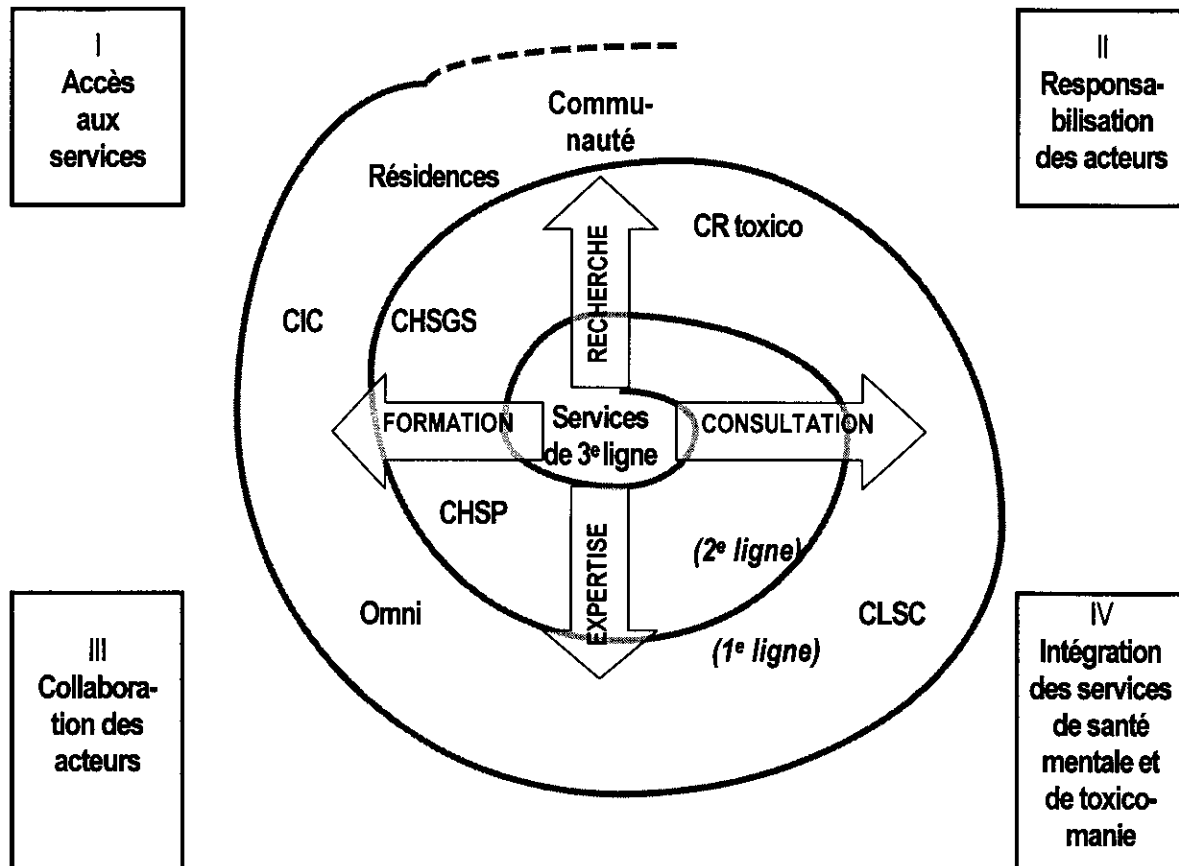
Tableau 1 - Synthèse des lacunes

-
- ◆ **Accès ou approches en première ligne**
 - Peu de sensibilisation et de formation quant à la double problématique
 - Difficulté de sensibiliser et d'impliquer les autres partenaires, notamment les commissions scolaires
 - Absence de services adaptés, notamment au niveau résidentiel
 - Dépourvu envers les personnes multiproblématiques telles que les doubles diagnostiques (DD) avec troubles de personnalité limite, etc.
 - Quels milieux résidentiels pour les DD et les DD et personnalité limite.
 - ◆ **Accès en deuxième ligne**
 - Pas d'expertise dans la majorité des secteurs
 - Très peu d'accès aux services des diagnostics et de traitement, à l'hospitalisation dans les secteurs de psychiatrie
 - Longue liste d'attente en CH pour les DD
 - Absence de services pour joueurs pathologiques et DD
 - Pas d'accès à des lieux de sevrage et traitement de la dépression, selon la durée requise
 - Problèmes de la sectorisation; exclusion, pas de suivi ou longue liste d'attente dans les secteurs sans DD
 - ◆ **Accès aux services de troisième ligne**
 - Insuffisance des services
 - Durée et difficultés à diagnostiquer
 - Peu de modèles de traitement validés
 - Peu de liens avec les universités, peu de recherches, d'enseignement et de formation
 - Connaissances insuffisantes des interactions psychopharmacologiques et avec les drogues illicites ou l'alcool
 - ◆ **Informations et formation**
 - Méconnaissance des drogues en circulation pour désintoxication et traitement
 - Insensibilité des intervenants à la détresse lorsque DD
 - Insuffisance majeure de formation des intervenants psychosociaux et médicaux
 - ◆ **Exclusion de la clientèle en psychiatrie**
 - Exclusion par la sectorisation
 - Exclusion pour toxicomanie
 - ◆ **Approches**
 - Nécessité d'une approche multidisciplinaire
 - Clarification des approches pour les personnalités limites
-

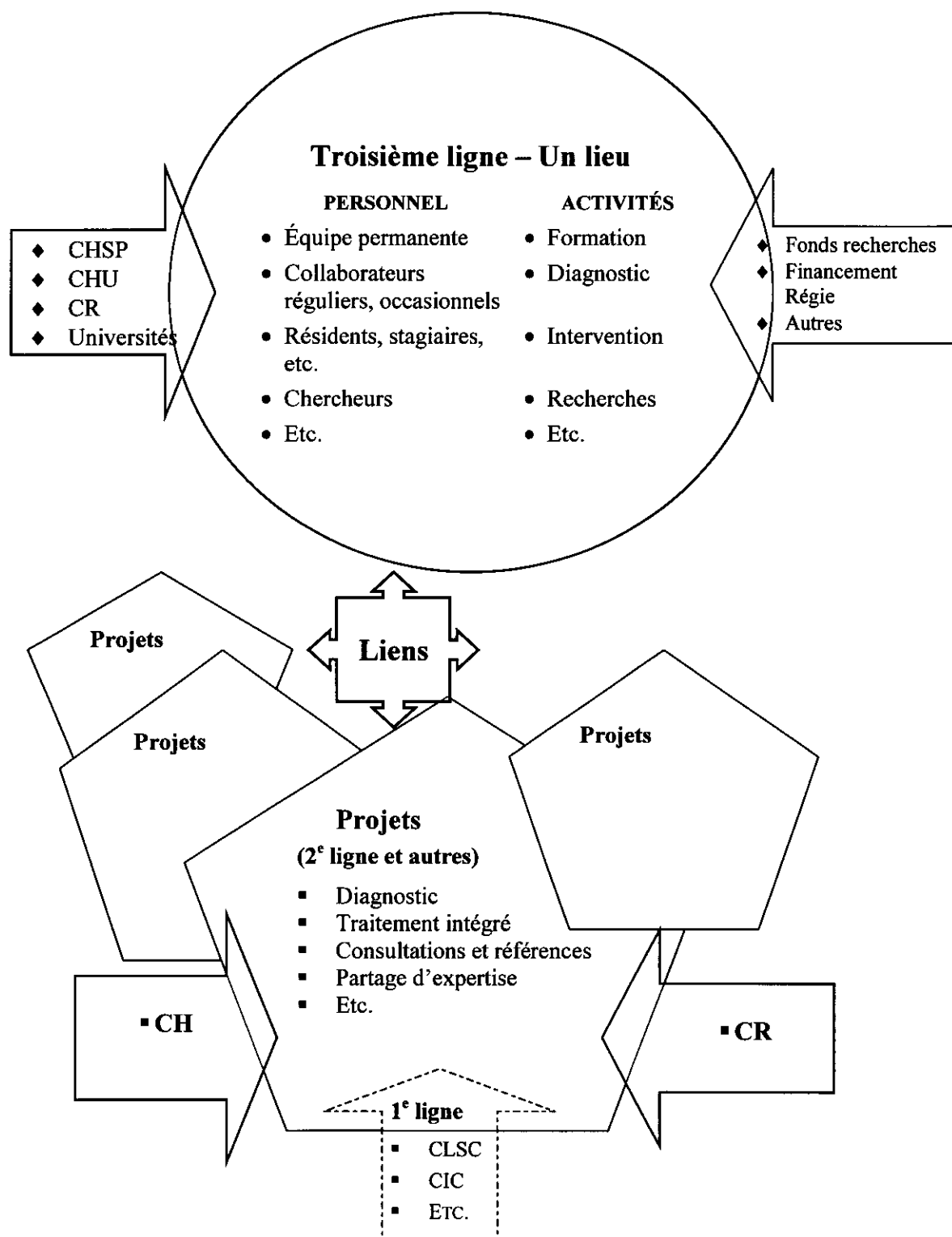
**Tableau 2 - Responsabilités des partenaires
à l'égard des usagers à double diagnostic**

	Catégorie d'établissements	Responsabilités
Coordina- tion et évaluation de l'implan- tation	Régie régionale	1. Adopter le «Plan d'organisation...» 2. Diffuser et promouvoir ce plan (i.e. modèle) 3. Assurer le leadership et la coordination régionale 4. Impliquer les instances représentatives dans la mobilisation des partenaires. 5. S'assurer de l'implantation et de l'ajustement du modèle au niveau sous-régional et impliquer les partenaires sous-régionaux : hébergement, itinérance, entraide, etc. 6. Protéger les ressources existantes 7. Appuyer et suivre les partenaires; identifier et favoriser la résolution des problèmes spécifiques de collaboration 8. S'assurer de l'établissement, de la révision régulière et de la diffusion du portrait des services (telle qu'une section au « Répertoire des ressources de santé mentale du Montréal Métropolitain » de l'ACSM); envisager une information particulière auprès des omnipratriciens. 9. Évaluer la réalisation du Plan d'organisation
1^{re} ligne	(Omnipratriciens CIC, ressources résidentielles, groupes d'entraide, cliniques privées, etc.)	1. Sensibiliser et former leur personnel 2. Maintenir et améliorer les services aux usagers dans la communauté : AEIO – Accueil, Évaluation, Intervention et Orientation 3. Maintenir et développer les liens avec les services spécialisés en double diagnostic
2^e ligne	CH et CR	1. Adapter les services de diagnostic et de traitement pour dispenser les services appropriés à cette clientèle 2. Établir des collaborations entre CH (départements de psychiatrie et de toxicomanie) et CR, les autres (ex. lettres d'entente, plans de soins conjoints, etc.) 3. Sensibiliser et former son personnel 4. Mandater au moins un psychiatre clinicien et un coordonnateur de programme 5. Collaborer avec la 1^{re} ligne 6. Uniformiser le modèle entre établissements

	Catégorie d'établissements	Responsabilités
3 ^e ligne	CHSP, CHU et CR	1. Développer conjointement un lieu intégré de services de 3^e ligne : diagnostic, traitement, recherche, enseignement-formation 2. Contribuer à la formation du personnel du réseau et diffuser l'expertise par les moyens appropriés 3. Développer l'expertise régionale en lien avec les universités 4. Collaborer avec les CH et CR (2^e ligne) 5. Favoriser l'établissement de critères de prise en charge et de références entre les établissements (avec la Régie) 6. Faire les représentations auprès des milieux de formation pour l'adaptation des programmes (avec la Régie) 7. Favoriser l'organisation d'événements annuels (colloques) pouvant augmenter la sensibilisation, l'échange, la formation, etc. 8. Élaborer et réaliser des projets de recherche 9. Favoriser l'émergence d'une transdisciplinarité à l'égard de cette clientèle

Figure 1 - Diagramme du modèle d'organisation des services**Légende :**

- Les quatre **carrés**, en points cardinaux, représentent les principes sur lesquels s'appuie le modèle
- Les **flèches** indiquent les fonctions qu'assume la troisième ligne, au cœur du système
- La spirale représente la dynamique du cheminement des usagers dans le système
- Le schéma se veut représentatif de l'amélioration de l'accès aux services en un tout dynamique

Figure 2 - Diagramme de la dynamique du modèle d'organisation

**Recommandations du Comité permanent de lutte à la toxicomanie
(août 1997) ¹**

3. Recommandations

Après avoir fait réaliser une étude sur le sujet et après avoir consulté un certain nombre d'experts et décideurs, le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie recommande*:

- 3.1 Que le ministère et les régies régionales s'assurent que les compressions budgétaires et le redéploiement des ressources ne mettent pas en péril l'expertise qui s'est développée ou qui commence à se développer dans certains milieux à l'égard de la clientèle qui présente un double diagnostic de toxicomanie et de troubles de santé mentale.
- 3.2 Que la double problématique «toxicomanie et problèmes de santé mentale» soit priorisée comme thème de formation - réseau, et qu'un budget spécial soit alloué pour développer et rendre disponible, à tous les intervenants concernés, un programme de formation adapté aux besoins du réseau.
- 3.3 Que les régies régionales jouent un rôle actif dans le support à la concertation et au partage d'expertise. Que des incitatifs soient conçus à l'intention des établissements et organismes qui ont pour mission de desservir cette clientèle et que des moyens de soutien soient mis à leur disposition.
- 3.4 Que les régies régionales s'assurent, avec les divers partenaires concernés, de l'existence d'un système intégré et efficace de prise en charge de cette clientèle, depuis le dépistage jusqu'au suivi dans le milieu.
- 3.5 Que le ministère et les régies régionales conçoivent des incitatifs et des mesures de soutien à l'évaluation; qu'ils prévoient notamment des budgets pour ce type d'opération.

¹ Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (1997). *La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*. Avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie au Ministre de la Santé et des Services sociaux. Août, 1997. (page 7).

Recommandations du rapport de Mercier et Beaucage (février 1997)²**Recommandations**

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

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

² Mercier, C., & Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (Février 1997). (pages 53-54).

suivi intensif dans le milieu sont particulièrement efficaces avec cette clientèle et s'avèrent moins coûteuses que le recours à l'urgence et à l'hospitalisation. Là encore, si le volume de la clientèle ou les ressources ne permettent pas la mise sur pied d'un dispositif complet de suivi dans le milieu, il importe de se rappeler qu'une intervention de groupe, minimale mais continue (une rencontre par semaine), représente déjà une contribution non négligeable. Des interventions auprès des proches et le soutien au logement favorisent aussi la stabilisation des deux conditions et la prévention des crises.

6. **Inclure dans les interventions auprès des personnes avec un diagnostic sévère de trouble de santé mentale, des éléments de prévention primaire de l'alcoolisme et de la toxicomanie.** Au-delà de la prévention de la crise et de la rechute, la prévention primaire s'avère aussi essentielle auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Leurs conditions de vie (ennui, isolement), leur situation sociale (déclassification, marginalisation) et leur état psychologique (recours à l'auto-médication, effets des symptômes psychiatriques, de la médication et de ses effets secondaires) les rendent particulièrement vulnérables au développement d'une dépendance aux substances psychotropes. En ce domaine, il ne semble pas exister beaucoup de modèles d'intervention spécifiques, alors que ces questions devraient faire partie intégrante des programmes de réadaptation et de réinsertion psychosociale.
7. **Favoriser par tous les moyens possibles les échanges d'expertise et la mise à profit de l'expérience acquise.** Cette enquête a permis de constater la richesse et la qualité des interventions en cours et la volonté d'améliorer constamment le niveau des connaissances. Cet état de situation est nécessairement très partiel, puisque depuis la fin de la collecte des données, nous avons entendu parler d'autres initiatives au plan de la formation, de l'intervention ou de l'action concertée. Il faut absolument fournir à toutes les personnes et organismes engagés dans des initiatives reliées à cette problématique l'occasion de se rencontrer, de partager leurs expériences et de développer un réseau d'échanges, par la voie d'un colloque provincial, ou de rencontres régionales, par exemple. La littérature spécialisée compte nombre d'indications cliniques, et certains articles devraient faire l'objet d'une large diffusion. À ce titre, ce rapport fournit une présentation abrégée de quelques références de base. On peut enfin consulter un site WEB sur les doubles diagnostics à l'adresse indiquée à l'annexe 3.
8. **Envisager le développement des services dans une perspective intersectorielle, de façon à pouvoir tenir compte des autres problématiques souvent reliées aux doubles diagnostics, dont la judiciarisation, l'itinérance et la vulnérabilité aux problèmes de santé chronique, aux maladies infectieuses et aux traumatismes (accidents et assauts).** Il faut reconnaître que ce travail demeure partiel, dans la mesure où il n'a pas pris en compte la question des problématiques multiples. Des données épidémiologiques, des modèles d'intervention et des expériences québécoises existent sur cette question et devraient être intégrés pour une approche globale de la comorbidité toxicomanie et problèmes psychiatriques sévères et des autres problèmes associés. Un exemple, non documenté dans le cadre de ce travail, d'une telle action concertée intersectorielle, est celle du Plan d'organisation des services pour la jeunesse de la Régie régionale Laurentides lequel regroupe les secteurs de l'adaptation sociale, de la toxicomanie et de la santé mentale.

ANNEXE

Organisation des services pour
les personnes souffrant de problèmes
de santé mentale et de toxicomanie

État de situation

Rapport du Comité d'experts

Décembre 1998

Table des matières

Introduction	24
Méthode.....	24
Résultats	25
Description de la clientèle.....	25
Description des programmes et services.....	25
Références.....	25
De qui proviennent les références?	25
À qui réfère-t-on?	25
Besoins à combler.....	26
Besoins de la clientèle.....	26
Besoins du réseau de services	26
Discussion	26
Conclusions	26
Tableau 1 - Description des clientèles et services.....	27
Tableau 2 - Références.....	30
Tableau 3 – Besoins et lacunes.....	33

Introduction

Un des objectifs du *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002* de la région de Montréal-centre est de "Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme-toxicomanie et de santé mentale". Cet objectif est dans la foulée de l'Avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie *La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*. Les études indiquent que 30 à 50% des usagers de ces réseaux présenteraient cette double problématique.

Afin d'atteindre cet objectif, la régie a mis sur pied un Comité d'experts en santé mentale et toxicomanie. Le mandat de ce comité est d'aviser la régie au sujet de l'organisation de services à mettre en place pour améliorer les services aux personnes souffrant à la fois de problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Le comité a convenu d'élaborer un état de situation. Le présent document est une première version de cet état de situation pour répertorier et décrire les services actuellement disponibles pour cette clientèle. Ce travail est donc une première étape pour améliorer les services à cette population dans la région.

Méthode

Cet état de situation résulte du regroupement d'informations transmises par les membres du Comité d'experts sur cette double problématique ainsi que certaines données identifiées dans le travail de Mercier et Beaucage¹. Les services identifiés par Mercier et Beaucage dans la région furent retenus ainsi que ceux proposés par les membres du comité. Il fut demandé aux membres du comité de valider ou compléter les informations descriptives des services disponibles pour cette clientèle dans leurs services selon diverses rubriques : clientèle, programme et services spécifiques, référence, lacunes, etc.

¹ Mercier, C. et Beaucage, B. (février, 1997) *Toxicomanie et problème sévères de santé mentale : Recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Résultats

Trois tableaux sont présentés ci-après. Ils présentent les informations transmises par les membres du Comité. Nous utiliserons ci-après l'acronyme DD pour double diagnostic.

Description de la clientèle

Le tableau 1 présente la description des clientèles, programmes et services spécifiques. Au moment de la cueillette, les données n'ont pu être validées pour le programme des Soins continus de l'Hôpital Général de Montréal.

La clientèle est généralement décrite comme ayant des troubles mentaux sévères tels que la schizophrénie, la psychose, la dépression majeure, des troubles majeurs de personnalité, etc. Elle aurait des problèmes de surconsommation importante. De plus, elle aurait parfois des problèmes avec la justice.

Description des programmes et services

Sommairement, des services et programme spécialisés se retrouvent à :

- Hôpital Louis-H. Lafontaine, consultation liaison, Dr Roy;
- Hôpital Général de Montréal, l'Unité de toxicomanie. dépt. de psychiatrie : une approche psychoéducatrice;
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal - campus Saint-Luc, département de psychiatrie : divers programmes incluant un volet toxicomanie; ainsi qu'un service de désintoxication;
- Centre Dollard-Cormier : service spécialisé en toxicomanie, santé mentale et justice;
- Centre Le Portage : traitement dans une communauté thérapeutique à Prévost (modèle Halsey House).
- Pavillon Foster, N.D.G.

Aussi, de nombreux autres services de première ligne ont développé des approches pour cette clientèle : CLSC, centres d'intervention de crise, organismes communautaires, milieux résidentiels, etc.

Références

Selon les données obtenues des participants du comité d'experts, le réseau des services destinés aux personnes affectées du DD est constitué de trois sous-groupes d'intervenants :

1. Les *Centres hospitaliers* offrant des services en santé mentale et toxicomanie : St-Luc, Général de Montréal et Lafontaine, ainsi que Douglas dans un cadre de recherche;
2. Les *Centres de réadaptation* en toxicomanie : Centre Dollard Cormier, Portage et Foster;
3. Les *organismes de la communauté* : Centres de crise (ex. IRIS), CLSC, services d'hébergement (ex. Maison l'Échelon), centre de jour (ex. Diogène) et groupe d'entraide (ex. AA).

De qui proviennent les références?

La personne et ses proches s'adressent indifféremment à l'un ou l'autre des intervenants qui le prend en charge ou le réfère à la ressource jugée pertinente.

Dans les Centres Hospitaliers (CH)

- Les CH reçoivent des références des autres services internes; la psychiatrie et la toxicomanie collaborent lorsque les deux services sont présents comme à St-Luc et Général de Montréal;
- Ils reçoivent aussi des références des autres CH, des CR et de certains organismes de la communauté : CLSC, Centres de crise.

Dans les Centres de réadaptation (CR)

- Les CR reçoivent des clients des CH et de certains organismes de la communauté, des usagers et des familles.

Dans les organismes de la communauté

- Les organismes de la communauté reçoivent des personnes de toutes les sources : CH, CR et autres organismes communautaires.

À qui réfère-t-on?

- Seule particularité, les Centres de réadaptation ne réfèrent pas aux autres centres de réadaptation.

Besoins à combler

Besoins de la clientèle

Selon les membres du comité, il est nécessaire de développer les ressources afin de:

- Réduire les listes d'attente pour des services;
- Offrir des services mieux intégrés en DD;
- Mettre en place un vaste service avec urgence, interne, service ambulatoire, liaison dans la communauté;
- Augmenter l'accès aux services psychiatriques.

Besoins du réseau de services

Il est nécessaire de développer l'expertise en DD par:

- La recherche sur la prévalence du DD, sur l'impact de la toxicomanie sur la qualité des services;
- Développer des outils de dépistage, d'évaluation et d'intervention auprès de la clientèle;
- Développer l'expertise par la formation des intervenants;
- Mieux intégrer les services à l'intérieur des établissements.

Discussion

La clientèle présentée se caractérise généralement par la sévérité des problématiques tant au plan des troubles mentaux, que de la surconsommation et de l'inadaptation sociale.

Il existe peu de services pour cette clientèle. Ces services sont concentrés dans peu d'établissements en psychiatrie ou en réadaptation, ainsi que dans certains organismes communautaires. Il n'y a pas de modèle unique d'intervention.

On peut aussi dire que cette clientèle est mal connue et qu'il y a peu d'intervenants préparés à la traiter dans les deux réseaux de la psychiatrie et de la toxicomanie.

Par ailleurs il existerait certaines démarches pour mieux la desservir dont: amélioration de l'articulation des services actuels en milieu hospitalier, le développement d'outils et la recherche.

Conclusions

Compte tenu du volume fort important de clientèle estimée comme présentant le DD, il faut constater que les services sont très peu nombreux, parcellaires et peu coordonnés entre eux.

Sans avoir été mentionné spécifiquement, il faut aussi considérer que les services sont organisés selon la réalité francophone et anglophone de Montréal. On retrouve deux réseaux pour les DD.

Le portrait actuel est sommaire et pourrait être incomplet. En terme de limites de cet état de situation, nos informations sont incomplètes sur (a) certains services qui peuvent être donnés dans d'autres départements de psychiatrie, (b) les services dans les organismes privés, (c) la description de la quantité des ressources consacrées à ces clientèles, (d) les nombres et caractéristiques cliniques et socio-démographiques des usagers qui en profitent, (e) les forces et spécificités des modèles préconisés, (f) les raisons du développement ou non des services dans les réseaux sont à approfondir, (g) également, on ne peut établir s'il existe des collaborations des CH entre eux et des CR entre eux pour le traitement de la clientèle.

État de situation Tableau 1 - Clientèles et description des programmes et services

Établissement - Service [répondant]	Clientèle du programme	Description du programme	Services spécifique à cette clientèle
1. Hôpital Douglas - Recherche sur les addictions [Dr M. Dongier]	Peut varier selon les projets de recherche : schizophrénie, troubles affectifs (bipolaires et autres), troubles graves de personnalité, troubles anxieux sévères. Psychogériatrie, adultes, enfants et adolescents. Majorité d'usagers non hospitalisés.	Interventions brèves dans le cadre de projets de recherche seulement. Via les équipes de secteurs du CH. Pas de personnel spécialisé dans les addictions en dehors du programme de recherche.	<u>Recherche</u> sur dépistage, batterie d'évaluations sur le suivi et la posture, utilisée dans une douzaine de centres de diverses régions (Abitibi, Beauce, Québec, Montérégie), qui participent au projet.
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine - Consultation [Dr J.Y. Roy]	Psychotiques, DD	Consultation, évaluation de la composante addictive, diagnostic différentiel	Évaluation, orientation, quelques suivis de stabilisation
3. Hôpital Général de Montréal Service des soins continus (Dr Tempier tiré de Mercier et Beaucage, 1997)	Schizophrénie, tr. Schizo-affectifs, tr. Bipolaires & abus de marijuana, cocaïne et alcool Personnes généralement pauvres, bénéficiaires aide sociale, en appartement ou familles d'accueil Dépistage tardif, pcq manque d'outils d'évaluation et réticences des cliniciens	Schizophrénie, tr. Schizo-affectifs, tr. bipolaires & abus de marijuana, cocaïne et alcool Personnes généralement pauvres, bénéficiaires aide sociale, en appartement ou familles d'accueil Dépistage tardif, pcq manque d'outils d'évaluation et réticences des cliniciens	Thérapie de groupe pour double diagnostics (<i>modèle à la Drake et Minkoff</i>): objectif de réaliser la nécessité d'arrêter de consommer
4. Hôpital Général de Montréal - Département de psychiatrie - Unité de toxicomanie [Mme G. Gauthier]	Patients avec troubles de santé mentale sévères et toxicomanie : troubles anxieux, dépression, schizophrénie, troubles bipolaires. Anglophones, adultes, âge moyen 40 ans; 61% hommes, 92% caucasiens, 40% célibataire, 40% marié ou conjoint de fait, 37% sans emploi, 53% alcool, 23% cocaïne, 11% benzodiazépine, 9% héroïne, 45% substance secondaire, 34% troubles dépressifs, 18% anxieux, 35% tr. personnalité, 5% psychotique	Une clinique externe (350-400/an) et 4 lits de désintox. Non sectorisé. Évaluation, consultation, thérapie de groupe, groupes pour les femmes, les 50 ans et plus, la prévention de la rechute, la gestion de stress et formation préventive.	Thérapie de groupe modifiée, <u>approche psychoéducative</u> , liaison et communication avec l'équipe psychiatrique dans leur secteur. Diverses expertises en santé mentale et toxicomanie : surveillance médicale, psychiatrique, équipe multidisciplinaire, formation.

Établissement - Service [répondant]	Clientèle du programme	Description du programme	Services spécifiques à cette clientèle
5. CHUM - Campus Saint-Luc - Unité de désintoxication [Dr Brissette et D.Arsenault; et tiré de Mercier et Beaucage, 1997]	Adultes; troubles d'addiction; plus ou moins de troubles mentaux (axe I ou axe II), ex. dépression, troubles de personnalité	Évaluation, désintoxication, support et orientation ou réadaptation et liaison; programme méthadone, programme vaccin hépatite, suivi microbiologie (VIH et autres). Unité interne (22 lits) et clinique externe.	Pas de programme spécifique DD; consultation-liaison par un psychiatre; collaboration avec psychiatre traitant. Clientèle 30% à 40% toxicomanie et santé mentale. Thérapie de groupe: support et enseignement. Sevrage, réduction des méfaits, stabilisation psychiatrique.
6. CHUM - Campus Saint-Luc - Département de psychiatrie [Dr L. Guay, F. Morin, C. Gagné (et tiré de Mercier et Beaucage, 1997)]	Département psychiatrie : 50 % double problématique, schizophrène, maniaco-dépressifs, trouble de la personnalité, séropositivité (25%; homosexuels séropositifs).	Consultation psychiatrique à l'unité de désintoxication. Groupe en clinique externe. Divers programmes : jeunes psychotiques; programme de soins partagés en psychiatrie (CH-CLSC); projet d'accueil, liaison communautaire (itinérance et DD); 6-8 lits DD.	Thérapie groupe, groupe ouvert. Prendre conscience troubles consommation, logement, modèle Drake (ressources limitées). A duré 4 ans mais est remplacé par <u>projet pilote de groupe fermé psycho-éducatif</u> de 14 semaines pour 10 patients (psychose).
7. Association IRIS [Mme D.Fortin]	Générale : adultes vivant une crise en santé mentale ayant ou non un trouble sévère ou en processus de réadaptation. 50% environ DD. Pauvreté.	Intervention de crise avec et sans hébergement. Services de réadaptation avec et sans hébergement.	Pas de services spécialisés en toxicomanie mais une approche clinique qui place plus fortement un cadre de travail.
8. Maison L'Échelon [Mme C.Lapointe]	300 personnes en appartements supervisés, foyers de groupe, double problématique présente	Ressource intermédiaire : hébergement, support et suivi communautaire, réinsertion.	Pas de services spécialisés en toxicomanie.

Rapport du Comité d'experts

État de situation Tableau 1 - Clientèles et description des programmes et services Santé mentale et toxicomanie

Établissement - Service [répondant]	Clientèle du programme	Description du programme	Services spécifiques à cette clientèle
9. Centre Dollard-Cormier [MM. M. Landry & M. Germain]	5000 dossiers ouverts en alcoolisme toxico. 28% double diagn. Toxico & SM : psychoses, troubles personnalité sévères suicidaires, homicidaires, surconsommation importante, 52 % F, 48 % h. Adultes, jeunes, 55 ans +; itinérance, justice, santé mentale	Urgence 24/7, accueil- évaluation- orientation, désintoxication, hébergement, services à la communauté.	<u>Divers services spécialisés toxicomanie et santé mentale.</u> Programme spécialisé externe; équipe multi.; 2 psychiatres consultants (2,5 j./sem); Objectifs : améliorer santé mentale en réduisant méfaits de consommation; stabiliser l'agir; diminuer détresse psychologique; fidéliser au traitement psychiatrique. Et autres services du centre. Projets de recherche et amélioration d'outils diagnostics
10. Centre Le Portage [MM. P. Varnos et S. Harvey]	Toxicomanie (cocaïne) certains avec troubles mentaux (schizo) Adultes et adolescents, H. et F., moyenne 32 ans, aussi autochtones et problèmes justice.	150 places hébergement. Traitement en communauté thérapeutique 25 lits/comorbidité	Réinsertion sociale; responsabilisait, contrats hebdomadaires; 4 phases, <u>Modèle Halsey House</u> (NY) 25 lits, situé à Prévost (lac Echo)
11. Clinique du Nouveau Départ [Docteur J.P. Chiasson]	Troubles toxicomanie et santé mentale, troubles modérément sévères de santé mentale. Clientèle privée pouvant assumer les frais	Centre privé alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances. Approche médicale intégrée; évaluation multiaxiale, Traitement désintox (Hôpital St-Laurent), Thérapie de groupe type AA et Hazeldon	Prise en charge d'une <u>clientèle comorbide en privé</u> . Consultant psychiatrique sur place.
12. Diogène (Suivi communautaire court et long terme) [Madame Bibiane Dutil, directrice]	Adulte mixte vivant des problèmes liés à l'itinérance et la justice et souffrant de problèmes de santé mentale sévères et persistants	<u>Suivi court terme</u> → accompagnement pour différentes démarches : logement, papiers d'identité, B.E.S., etc. <u>Suivi long terme</u> → support à l'intégration sociale et maintien des acquis	Information, support et accompagnement vers les services spécialisés

État de situation Tableau 2 : Références

Établissement - Service [répondant]	Source de références	Références vers...
1. Hôpital Douglas - Recherche sur les addictions [Dr M. Dongier]	Réseau hospitalier lié à McGill. Diverses institutions de traitement. Média pour recrutement spécifique par projet	Dollard-Cormier Forster Pavillon
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine - Consultation [Dr J.Y. Roy]	Autres services et unités de HLHL : urgence, unités d'hospitalisation, services externes. Centre de réadaptation (toxicomanie); autres régions	Portage, Dollard-Cormier
3. Hôpital Général de Montréal Service des soins continus (Dr Tempier tiré de Mercier et Beaucage, 1997)	Autres unités de l'hôp., auto-références	Portage pour traitement à l'interne
4. Hôpital Général de Montréal - Département de psychiatrie - Unité de toxicomanie [Mme G. Gauthier]	omnipraticiens, psychiatres, autres professionnels de la santé, les proches, les patients eux-mêmes, autres «autres services de toxicomanie»	Pavillon Foster, Portage. Les services psychiatriques d'autres hôpitaux

État de situation Tableau 2 : Références

Établissement - Service [répondant]	Source de références	Références vers...
5. CHUM - Campus Saint-Luc - Unité de désintoxication [Dr Brissette et D.Arsenault; et tiré de Mercier et Beaucage, 1997]	Autres services du CHUM (incluant urgence et psychiatrie), Dollard-Cormier, Portage, CLSC (porte d'entrée)	Les centres de réadaptation, dont Dollard-Cormier et Portage, ainsi que les ressources communautaires Groupes d'entraide A.A., N.A., C.A.
6. CHUM - Campus Saint-Luc - Département de psychiatrie [Dr L. Guay, F. Morin, C. Gagné (et tiré de Mercier et Beaucage, 1997)]	Aucune spécifique à l'unité de désintoxication. Les patients du groupe fermé de la clinique externe sont référés par les cliniciens de la clinique (projet d'ouverture au CHUM).	Dollard-Cormier, Portage Alcooliques anonymes adaptés
7. Association IRIS [Mme D.Fortin]	La population, les établissements et organismes divers en santé mentale, violence, toxicomanie	Programmes spécialisés: Dollard-Cormier, St-Luc
8. Maison L'Échelon [Mme C.Lapointe]	CH Louis-H. Lafontaine, Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame, St-Luc, Pinel, Jean-Talon, Hôtel-Dieu	Dollard-Cormier, St-Luc (désintoxication)

Établissement - Service [répondant]	Source de références	Références vers...
9. Centre Dollard- Cormier [MM. M. Landry & M. Germain]	Les usagers; les CH; les CLSC; les ressources communautaires	Hôpitaux, CLSC, centres de crise, ressources communautaires
10. Centre Le Portage [MM. P. Varnos et S. Harvey]	Hôpital L.-H. Lafontaine, Hôpital St-Luc, Hôpital Mtl. Général. Royal Victoria, Fleury	Hôpital Louis-H. Lafontaine, Hôpital St-Luc
11. Clinique du Nouveau Départ [Docteur J.P. Chiasson]	Employeurs surtout	Hôpitaux psychiatriques; Portage
12. Diogène (Suivi communautaire court et long terme) [Madame Bibiane Dutil, directrice]	Proches, parents, amis, la personne requérante elle-même, des intervenants du réseau communautaire et public	Centres de désintoxication; résidences hébergement spécialisées; centres de thérapie; intervenants en toxicomanie

Établissement - Service [répondant]	Besoins et lacunes	Autres éléments
1. Hôpital Douglas - Recherche sur les addictions [Dr M. Dongier]	Approche intégrée pour comorbidité : équipe spécialisée fournissant consultation aux équipes de secteurs et CLSC	Centre d'expertise sur internet en cours d'étude (consultation audiovisuelle à distance pour cas problématiques au point de vue psychiatrique).
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine - Consultation [Dr J.Y. Roy]	Entente avec la fédération des MD; contrat-type comme celui au R.Vic. Collaboration des 2 réseaux	
3. Hôpital Général de Montréal Service des soins continus (Dr Tempier tiré de Mercier et Beaucage, 1997)	Sensibilisation et formation pour les intervenants dans tous le réseau SM; ; pcq manque d'outils d'évaluation et réticences des cliniciens Augmenter ces services : la fréquence des groupes, plus de personnel, augmenter les entrevues individuelles Intégrer cette problématique dans tous les services de psychiatrie	Réalisation de recherche sur la prévalence, les instruments d'évaluation, l'impact de la toxico sur la qualité des soins
4. Hôpital Général de Montréal - Département de psychiatrie - Unité de toxicomanie [Mme G. Gauthier]	Peu intégré avec les autres hôpitaux et leurs services psychiatriques. Traitement parallèle. Liste d'attente d'environ 6 semaines; Soins psychiatriques dans leurs secteurs. Addition d'un programme ambulatoire plus intensif. Programme de jour, structuré	Recherche sur les traitements des patients avec double diagnostics et la formation professionnelle. Expertise psychiatrique à long terme gérée par les services psychiatriques du secteur de la clientèle

Établissement - Service [répondant]	Besoins et lacunes	Autres éléments
5. CHUM - Campus Saint-Luc - Unité de désintoxication [Dr Brissette et D.Arsenault; et tiré de Mercier et Beaucage, 1997]	Le développement d'intervention spécifique est envisagé pour DD. Besoins de psychiatres formés → ressources pour faire le pont entre psychiatrie et désintoxication. Budget +++ et lits spécifiques en psychiatrie	Projet de créer une base de données sur les doubles diagnostics et clientèle en général. Programme de formation à développer. Coordination CHUM
6. CHUM - Campus Saint-Luc - Département de psychiatrie [Dr L.Guay, F. Morin, C. Gagné (et tiré de Mercier et Beaucage, 1997)]	Besoins de coordination dans le CHUM (3 campus) et à l'externe. Nécessité de l'évaluation du programme. Reprendre la formation aux professionnels	Volonté de développer un programme plus vaste avec urgence, interne, hôpital de jour, externe, liaison dans communauté, services ambulatoires, services auprès des jeunes psychotiques, pédopsychiatrie. Programme de formation à développer. Coordination CHUM
7. Association IRIS [Mme D.Fortin]	Développer des services, la clientèle qui a consommé est plus prompte à agir et l'engagement par la parole est plus difficile	
8. Maison L'Échelon [Mme C.Lapointe]	Augmenter la collaboration 2 réseaux	

État de situation Tableau 3 : Besoins et lacunes

Établissement - Service [répondant]	Besoins et lacunes	Autres éléments
9. Centre Dollard-Cormier [MM. M. Landry & M. Germain]	Intéressement difficile des psychiatres; refus des CH (croyance clinique); améliorer la coordination entre 2 réseaux. Manque de ressources de la S.M. (?), ress. insuffisantes au Centre Dollard-Cormier. Travail de concertation laborieux	Structure inadéquate pour prise en charge de patients comorbides d'intensité moyenne. Limites administratives à l'engagement de psychiatres, besoin neuropsych
10. Centre Le Portage [MM. P. Vamos et S. Harvey]	Liaison avec réseau S.M. Liaison à développer avec Douglas et CHUM Développement d'un groupe à Montréal Liste d'attente de 6-8 mois	Demande de financement
11. Clinique du Nouveau Départ [Docteur J.P. Chiasson]	Ressources post-traitement en comorbidité	
12. Diogène (Suivi communautaire court et long terme) [Madame Bibiane Dutil, directrice]	Services spécialisés (prise en charge, traitement et autres) pour comorbidité	