



ENJEUX LIÉS À LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES QUI UTILISENT DES SUBSTANCES DANS L'ESPACE PUBLIC

Dr Simon Dubreucq
Psychiatrie des toxicomanies CHUM

Conflits d'intérêt

- Pas de conflit d'intérêt pour cette présentation

Objectifs

- Situer les enjeux liés à la santé mentale, l'itinérance et l'usage de substances dans le contexte canadien.
- Survoler la prévalence et les modèles explicatifs des troubles concomitants de santé mentale et dépendance.
- Identifier les principaux traitements, modèles et enjeux liés au traitement des TUS et des troubles concomitants de santé mentale et dépendance.
- Présenter les modalités de garde en établissement et de traitement involontaire.
- Évoquer des initiatives et pistes d'interventions pour les personnes en situation d'itinérance qui présentent des enjeux de santé mentale et d'usage de substance

Situations cliniques

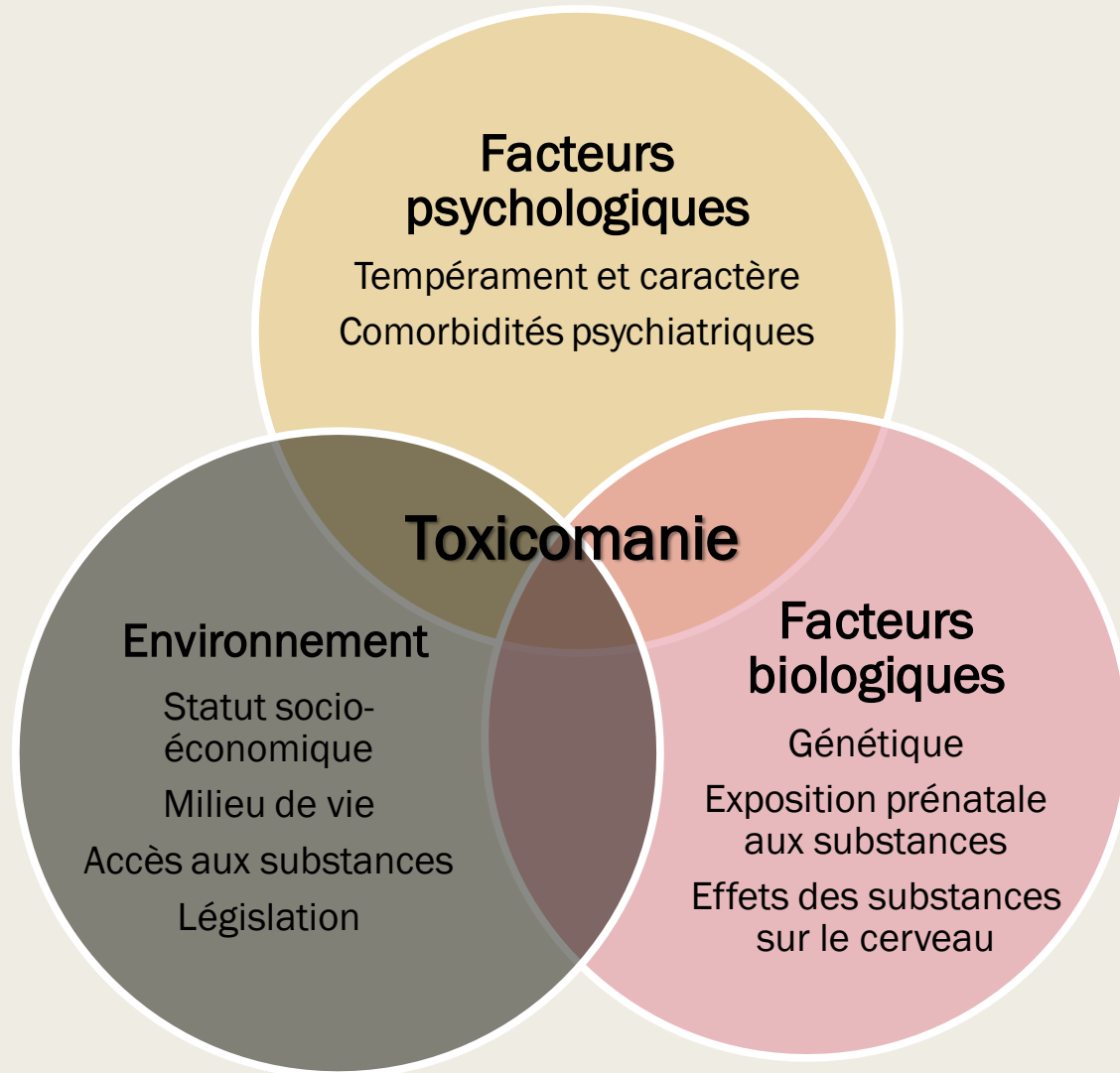
- Individus utilisant des substances dans un espace public
- Dérangeant vs dangereux
- Mode administration
- Impacts comportements
- Santé mentale?



Contexte Canadien

- Crise des opioïdes
- Augmentation usage poly substance stimulants/opioïdes (et benzodiazépines)
- Probable augmentation de l'impact des méthamphétamines sur la santé mentale et augmentation des cas de psychoses liés aux méthamphétamines
- Augmentation de la consommation de stimulants (ouest + que dans l'est)
- Tendances similaires au États-Unis

Étiologie et pronostic de la toxicomanie

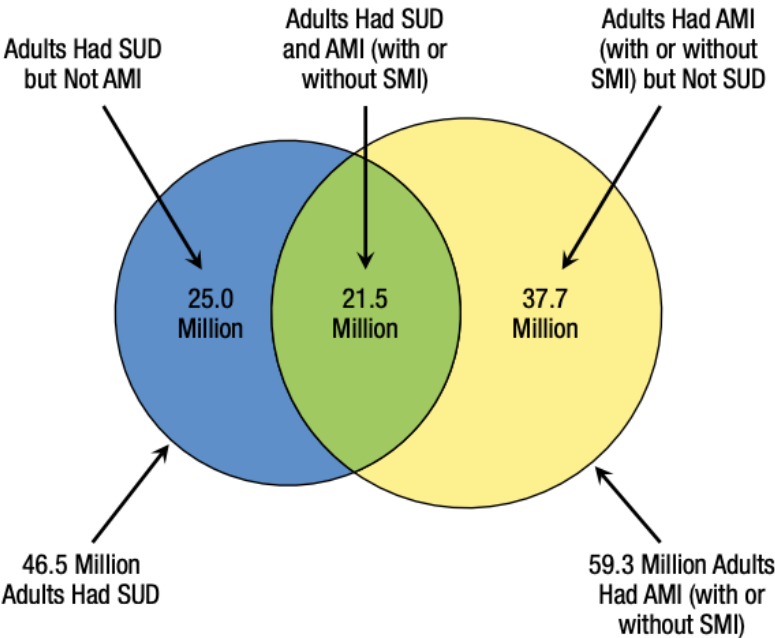


Pronostic TU grave

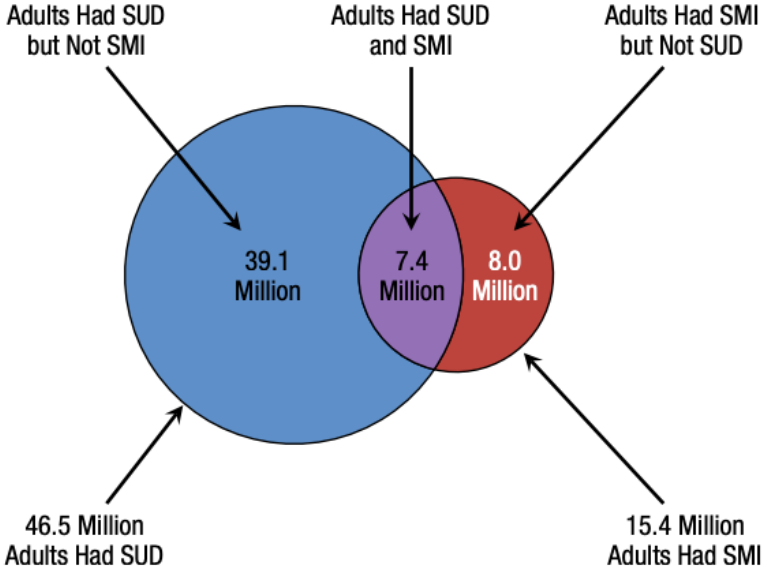
En moyenne 40-55%
rémission
Taux rémission annuel
environ 6 à 9%
Moyenne de 17 ans
avant rémission
Persistant + qu'aigu

Troubles concomitants

Figure 45. Any Mental Illness (AMI), Serious Mental Illness (SMI), or Substance Use Disorder (SUD) in the Past Year: Among Adults Aged 18 or Older; 2022



84.2 Million Adults Had Either SUD or AMI (with or without SMI)



54.4 Million Adults Had Either SUD or SMI

Source: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023).

Troubles concomitants

- Recherche et lignes directrices souvent axées vers des troubles individuels.
- Enjeux d'être sur ou sous-diagnostiqués et sur ou sous-traités
- Complexes à diagnostiquer et à traiter
 - *Zones de flous*
 - *Importance de l'évolution et infos collatérales*
- Mortalité et morbidité importantes
 - *Morts prématurées liées aux substances, suicide*
 - *Comorbidités médicales*
 - *Vulnérabilité sociale*
- Difficultés d'accès, suivi chaotiques, découragement

Troubles concomitants-Modèles explicatifs

- TU contribuent à l'apparition des troubles mentaux
 - *THC augmente risque psychose*
 - *Comportements antisociaux secondaires à TU stimulants ou opioïdes*
 - *Certaines données pour stimulants et troubles psychotiques*
- Troubles mentaux contribuent à l'apparition des TU
 - *Automédication*
 - Ex: Corrélation pour anxiété et ROH
 - *Dysphorie générale*
 - *Hypersensibilité*
 - *Marginalisation psychosociale*

Troubles concomitants-Modèles explicatifs

- Facteurs communs
 - *Génétique?*
 - *Trauma enfance*
 - *Ex: TPAS*
- Modèles bidirectionnels
 - *TSPT augmente le risque de TU*
 - *Utilisation cocaïne/opioïde: risque trauma*

Trouble primaire vs induit

- Historique et évolution
- Après intoxication aiguë/sevrage
 - Environ un mois de l'intoxication/sevrage
 - Substance impliquée capable de produire les sx ou trouble psychiatrique
- Prise de substance risque d'intensifier sx du trouble de santé mentale préexistant
- Avec une utilisation chronique et importante de substance(s)
 - Parfois + de 6 mois d'abstinence pour la résolution de certains sx psychiatriques induits ou changement(s) cognitif(s)
 - Évolution de certains troubles induits vers un trouble primaire
 - Ex : méthamphétamines et sx psychotiques

Situations cliniques

- Intervention et gestion crise dans la rue/métro/autre lieu publique
- Consultation dans le système de santé
- Visite à l'urgence

Traitement de la dépendance à une substance

- 2 phases de traitement:

1. *Stabilisation aiguë:*

- De l'intoxication aiguë
- Du syndrome de sevrage
- Des symptômes psychiatriques reliés

2. *Réadaptation/rétablissement:*

- Interventions psychosociales
- +/- pharmacothérapie

Grandes lignes de traitements

- Bio
- Psycho
- Social
- Prendre en comptes, enjeux culturels et spirituels, traumas, forces et résilience
- Besoins variables selon les situations

Objectifs thérapeutiques?

Approche basée sur l'abstinence

= réduction/arrêt de la consommation est la priorité, réduction des risques un avantage secondaire

Réduction des méfaits

= réduction des conséquences de la consommation est la priorité, réduction de la consommation moins prioritaire

Ex: naloxone, site d'injection supervisé, matériel stérile

Mais aussi une façon d'aborder les priorités

Objectifs thérapeutiques?

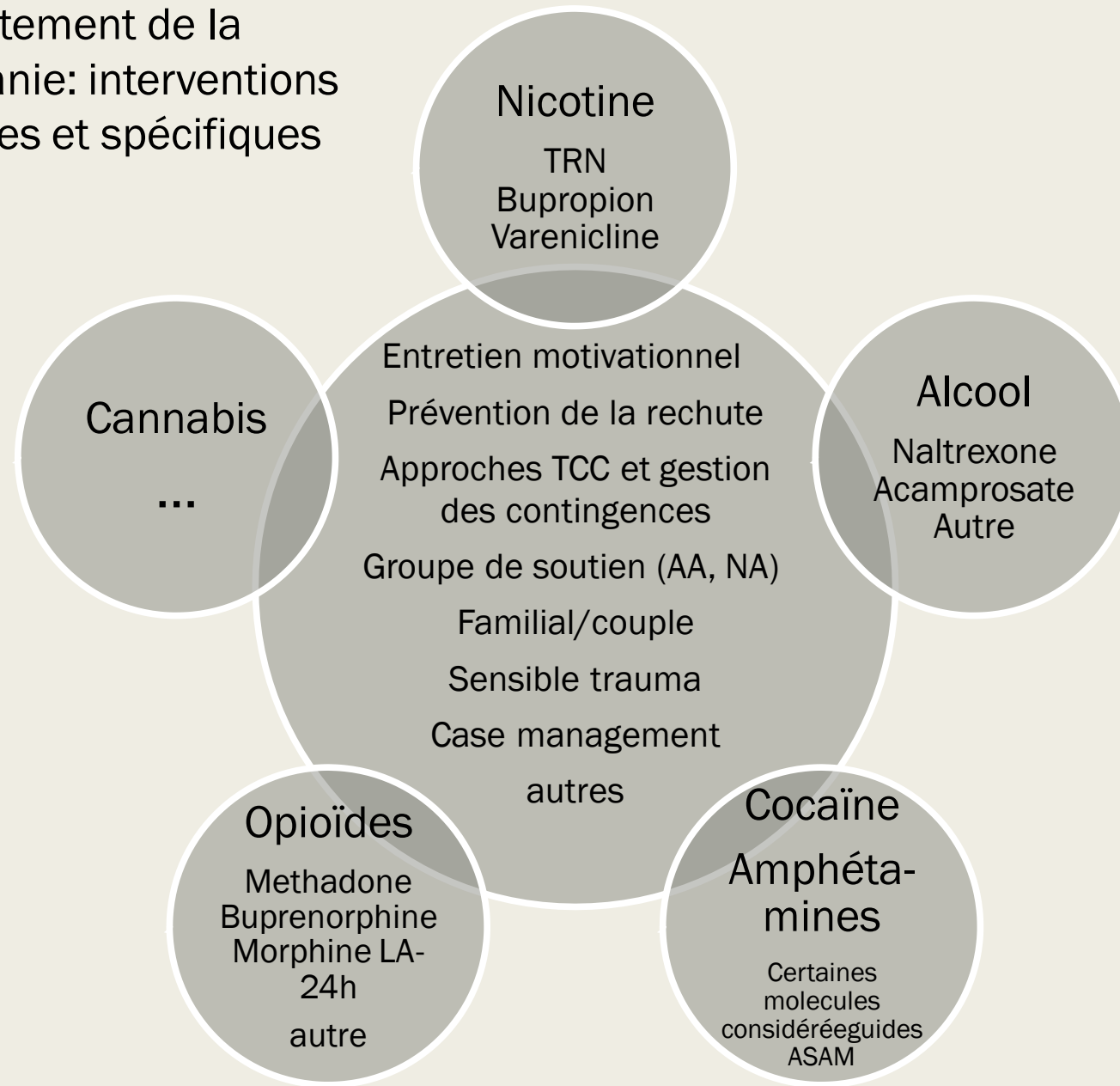
- Données probantes disponibles pour les interventions liées à la réduction des méfaits ET aux programmes centrés sur l'abstinence
- Les deux approches ne sont pas mutuellement exclusives
- Flexibilité et personnalisation du programme de traitement souhaitables, selon les désirs et caractéristiques du patient
- Besoins du patient peuvent évoluer dans le temps
- Rétablissement (Recovery)
- Rarement aucun objectif

Rétablissement

Sondage canadien

- Fait référence à
 - *des changements au mode de vie et aux comportements*
 - ***Amélioration des aspects biologique, psychologique, social et spirituel associés à la toxicomanie.***
 - *Abstinence **ou** arrêt de la consommation incontrôlée de substances*
 - *le rétablissement s'accompagne d'une amélioration de la santé, du fonctionnement et de la qualité de vie.*

Traitement de la toxicomanie: interventions générales et spécifiques



Entretien motivationnel

- Approche qui vise le changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence et non en tentant de convaincre
- L'ambivalence est naturelle devant toute perspective de changement
- La motivation n'est pas quelque chose de fixe et peut-être influencée
- Possible de donner des informations si la personne le souhaite mais en partant de ce que la personne connaît déjà/allant chercher son feedback

Autres approches

- Sensible aux traumatismes
 - *Tiens compte du traumatisme/sensibilisation*
 - *Priorité au sentiment de sécurité + confiance*
 - *Collaboration/choix*
- Case management/intervenant pivot/professionnel désigné
 - *Vise à aider la gestion du TU et les autres problèmes :*
 - *Accès soins santé 1^{ère} ligne, hébergement, emploi, soins psychiatriques, relations familiales, habilités parentales*
- Centrée sur les forces
 - *Accent mis sur les forces plutôt que les faiblesses*
 - *Importance du milieu et de la relation thérapeutique*
 - *Conviction que la personne peut se rétablir/reprendre le contrôle*

Modèles de traitements des troubles concomitants santé mentale et toxicomanie

Traitement séquentiel

Traitement d'une première condition (toxicomanie) et traitement de l'autre condition par la suite (p. ex. trouble de l'humeur)

Traitement parallèle

Les 2 conditions sont traitées simultanément par 2 équipes de traitement différentes, chacune étant spécialisée dans l'une des problématiques

Traitement intégré

Les 2 conditions sont traitées par la même équipe de traitement (intégration des 2 programmes)

Différents niveaux d'intégration

Situations cliniques

- Quitte rapidement l'hôpital et situation recommence
- Interventions à répétitions
- Porte tournante
- Frustrations et découragement?

Porte tournante (revolving door)

Années 60

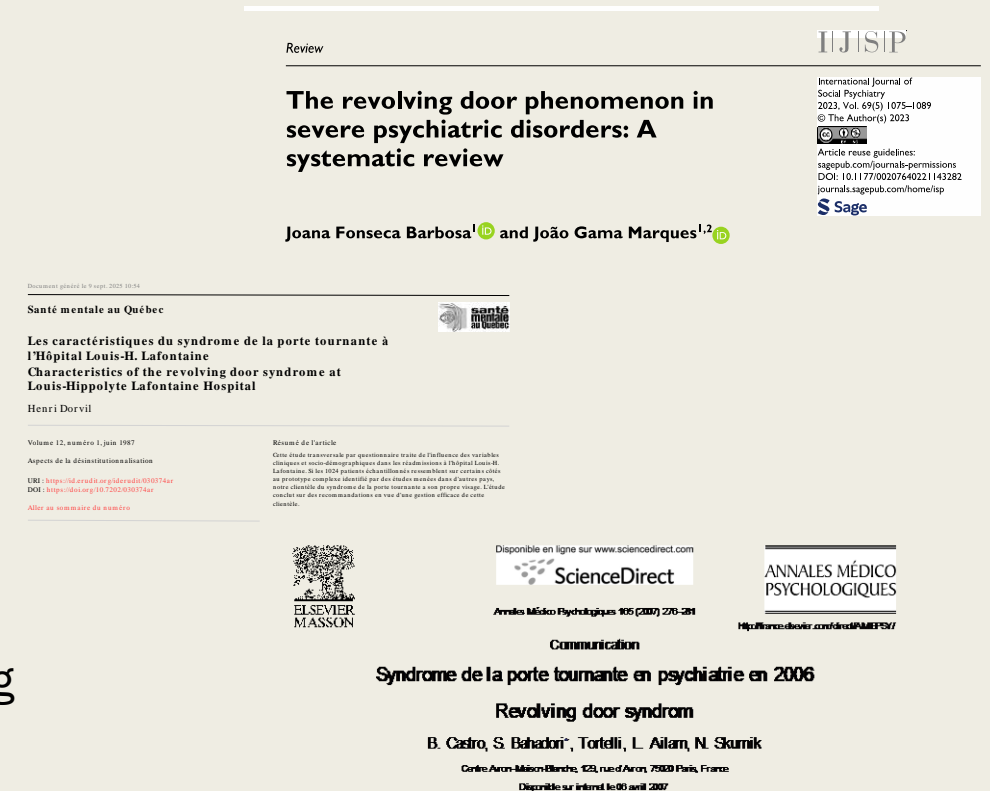
Psychiatrie communautaire, pharmacologie et désinstitutionnalisation:
Hospitalisations plus courtes
Soutien social variable
Inobservance et consommation de substance
Judiciarisation/incarcérations
Réhospitalisations

Années 70-90:

Description du phénomène de porte tournant (revolving door)
E-Unis, Canada, Québec, Europe, Australie etc.

Demeure un enjeux contemporain

Gestion, Clinique, Média, Société...



Porte tournante (revolving door)

Causes possibles

Systemiques

Manque de suivi externe
Critères d'exclusions multiples des programmes et accessibilité aux services

Accès au logement/hébergement difficile

Accessibilités aux substances

Effritement du tissu social

Société +/- inclusive

Facteurs de risque

Psychose (mais pas obligatoire)
Comorbidités dont personnalité
Consommation de substances
Inobservance au traitement
Instabilité résidentielle

Faible réseau social
Pertes des repères
occupationnels/routines

Survol rapide des gardes

- Gardes en établissement
 - **Préventive** : si danger grave et immédiat en raison de son état mental (MD/IPSSM)
 - **Provisoire** : permet de garder la personne pour une évaluation psychiatrique. Ordonnée par un juge lorsque suspicion que son état mental représente un danger et que la personne refuse ou est inapte à consentir à l'évaluation psychiatrique de sa dangerosité
 - **Autorisée**: Suite à 2 évaluations distinctes par 2 psychiatres différents. Si état mental représente une dangerosité pour lui ou autrui. Octroyée par un juge.
- Si pas d'éléments pour une garde autorisée lors de l'évaluation psychiatrique suite à l'octroi de la garde provisoire, la garde est levée même si le jugement indique quelques jours de garde.

Survol traitements contre le grès

- Traitement aigu si urgence (exemple agitation/violence mettant la sécurité de la personne à risque)
- Personne peut refuser même si en garde autorisée ou même si inapte/sous régime de protection
- Autorisation de soins (traitement +/- hébergement)
 - *Si inapte à consentir à ce soins*
 - *Refus catégorique*
 - *Le traitement est nécessaire (risques/bénéfice)*
- Nécessite comparution à la cour, délais souvent de plusieurs semaines
- S'applique surtout aux troubles de santé mentale sévère. Inclus dans de rares cas le traitement du trouble d'usage/thérapie.

Traitement involontaire des troubles d'usage

- Données scientifiques limitées
- Pas clair si bénéfique
- Coûteux et enjeux de ressource
- Possibilités applications limitées au Québec actuellement

Quoi faire???

Initiatives aux fil des ans

- UPS-J, PAJ-SM
- EMRII etc.
- Cliniques itinérances
- Suivis communautaires et partenariats communautaire/système de santé
- Programmes de réaffiliations/réinsertion dans les refuges
- SIV, SIF, SIM
- ABC (accompagnement bref dans la communauté)
- TIBD
- Outreach par plusieurs cliniques
- Initiatives de retour à l'emploi etc.

Points à garder en tête

- Chercher les objectifs conjoints
 - *Stratégies motivationnels et adapté au stade de changement de la personne*
- Attitude et non verbal
- Dangerosité
- Communication
- Plan à moyen terme
- Qu'est-ce que je peux moi-même faire pour soutenir la personne
- Cadre en entonnoir

Piste d'interventions

Gérer la dangerosité/l'urgence

Se décoller de la situation aigue/prendre du recul pas toujours facile

Tenter d'avoir un portrait de l'évolution au long cours

Sachant les risques de rechute, voir votre intervention comme une étape

Ne pas voir l'hospitalisation ou une visite à l'urgence comme un but en soi mais un moyen d'atteindre un but

Objectif à court terme, comment s'inscrit-il dans un objectif à + long terme.

Procéder par étape. Faire le deuil de l'équipe parfaite

Menu des options (exemples)

Médication/adhésion

Santé mentale

TU

Formes injectable

Suivi psycho-social et médical

Communautaire

Implications des proches

Plan en cas d'urgence/de sécurité

Changements souhaités par la personne

Thérapie

CRD

12 étapes

Occupationnel

Mesures légales

Changement du cadre des hospitalisations et clarifier le but des hospitalisations

Cas clinique

- Porte tournante
- Objectif principal de ne pas revenir à l'urgence
- Refuse initialement tout traitement. Menu des options offerts + collaboration refuge +famille
- Après quelques visites à l'urgence, thérapie 1 mois, rechute dès la sortie
- Accepte reprise de la médication surtout pour ravoir accès au refuge
- S'implique davantage suivi, intéressé par bénévolat/gym
- Donne + accès à son vécu, + en confiance
- Stabilisation hébergement après 1 an, reprise de contact avec proches
- Consomme encore mais de façon moins désorganisée et + sécuritaire
- Continue cheminement

Questions?

Références

- <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019>
- <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>
- <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Life-in-Recovery-from-Addiction-Report-2017-fr.pdf>
- <https://educaloi.qc.ca/capsules/quest-ce-que-la-garde-en-etablissement/>
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction, Involuntary Treatment for Severe Substance Use Disorder, Evidence Brief, feb 2025
- <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2025-02/Involuntary-Treatment-Evidence-Brief-en.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020
- Hakobyan S, Vazirian S, Lee-Cheong S, Krausz M, Honer WG, Schutz CG. Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. J Clin Med. 2020 Jul 28;9(8):2406. doi: 10.3390/jcm9082406. PMID: 32731398; PMCID: PMC7463987.
- Fleury et al. Remission from substance use disorders: a systematic review and meta-analysis, Drug Alcohol Depend. 2016 Nov 1;168:293-306. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625. Epub 2016 Aug 29
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances Usage de stimulants et ses méfaits au Canada et aux États-Unis: état des lieux, Bulletin du RCCET, décembre 2022 https://ccsa.ca/sites/default/files/2022-12/CCENDU%202022%20Stimulants%20Update_fr.pdf