

Les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale Guide d'information

W. J. Wayne Skinner, M. serv. soc., trav. soc. aut.

Caroline P. O'Grady, infirm. aut., M. sc. infirm., Ph. D.

Christina Bartha, M. serv. soc., trav. soc. agr.

Carol Parker, M. serv. soc., trav. soc. agr.

camh

Les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale Guide d'information

W. J. Wayne Skinner, M. serv. soc., trav. soc. aut.
Caroline P. O'Grady, infirm. aut., M. sc. infirm., Ph. D.
Christina Bartha, M. serv. soc., trav. soc. agr.
Carol Parker, M. serv. soc., trav. soc. agr.

Révision

Elnaz Haddadi, pharm. aut., doct. en pharmacie
Tim Godden, M. serv. soc., trav. soc. aut.
Matthew Tsuda, doct. en ergothér., M. sc. de la santé en ergothér.,
membre de l'Ordre des ergothérapeutes (Ont.)
Niall Tamayo, infirm. aut., M. sc. infirm.

camh

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Titre: Les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale : guide d'information / W. J. Wayne Skinner, M. serv. soc., trav. soc. autorisé, Caroline P. O'Grady, infirm. autorisée, M. sc. infirm., Ph. D., Christina Bartha, M. serv. soc., trav. soc. agréée, Carol Parker, M. serv. soc., trav. soc. agréée ; révision, Elnaz Haddadi, pharm. autorisée, doct. en pharmacie, Tim Godden, M. serv. soc., trav. soc. autorisé, Matthew Tsuda, doct. en ergothér., M. sc. de la santé en ergothér., membre de l'Ordre des ergothér. (Ont.), Niall Tamayo, infirm. autorisé, M. sc. infirm.

Autres titres: Concurrent substance use and mental health disorders. Français

Noms: Skinner, W. J. Wayne, 1949- auteur. | Centre de toxicomanie et de santé mentale, éditeur.

Description: Traduction de : Concurrent substance use and mental health disorders. | Comprend des références bibliographiques.

Identifiants: Canadiana (livre imprimé) 20260181315 | Canadiana (livre numérique) 20260181382 | ISBN 9781771144759 (couverture souple) | ISBN 9781771144780 (PDF) | ISBN 9781771144766 (HTML)

Vedettes-matière: rvm: Toxicomanie et maladies mentales. | rvm: Personnes vivant avec un trouble de santé mentale—Consommation d'alcool. | rvm: Personnes vivant avec un trouble de santé mentale—Usage des drogues. | rvm: Abus de substances psychoactives. | rvm: Maladies mentales. | rvm: Abus de substances psychoactives—Traitement. | rvm: Maladies mentales—Traitement.

Classification: LCC RC564.68 .S5514 2026 | CDD 616.86—dc23 Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

Copyright © 2004, 2010, 2025 Centre de toxicomanie et de santé mentale

Cet ouvrage ne peut être reproduit ou transmis, en partie ou en totalité, et sous quelque forme que ce soit, par voie électronique ou mécanique, y compris par photocopie ou enregistrement, ou par voie de stockage d'information ou de système de récupération, sans la permission écrite de l'éditeur – à l'exception d'une brève citation (d'un maximum de 200 mots) dans une revue spécialisée ou un ouvrage destiné à des professionnels.

Available in English under the title: Concurrent addiction and mental health disorders: An information guide

Ce guide a été édité par le Département de l'enseignement et de la formation de CAMH.
Élaboration : Alexxa Abi-Jaoudé, CAMH
Rédaction : Laura Pastore, CAMH
Conception graphique : Leonard Wyma, Donderdag
Coordination de l'impression : Sandra Booth, CAMH

Table des matières

Remerciements	v
Introduction	vi
Remarques sur la terminologie employée	vii
1 Qu'entend-on par troubles concomitants ?	1
Les troubles concomitants sont-ils courants ?	
Effets de la COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens	
2 Pour se familiariser avec les troubles concomitants	7
Effets de chaque problème sur les problèmes concomitants	
3 Qu'est-ce qui cause les troubles concomitants ?	11
À quel âge les troubles concomitants se manifestent-ils ?	
Quelle est l'origine des troubles concomitants ?	
Les traumatismes	
La stigmatisation	
Les déterminants sociaux de la santé	
Les lésions cérébrales acquises et les troubles concomitants	
4 Comment traite-t-on les troubles concomitants ?	19
Qu'est-ce que le traitement intégré ?	
Où le traitement est-il dispensé ?	
Les objectifs de traitement	
Les types de traitements	
Situations de traitement particulières	
5 Les traitements médicamenteux	35
Médicaments employés pour le traitement des troubles de santé mentale	
Médicaments employés pour le traitement des troubles de l'usage de substances	

6	Le rétablissement et la prévention de la rechute	49
	Que faut-il entendre par rétablissement ?	
	Que signifie l'expression « être en voie de rétablissement » ?	
	Quels sont les facteurs clés du rétablissement ?	
	L'usage de substances et la réduction des méfaits	
	À propos des rechutes	
	Prévenir la rechute et promouvoir le mieux-être	
7	Incidence des troubles concomitants sur les familles	57
	Quand un être cher est aux prises avec des troubles concomitants...	
	Comment convaincre un·e proche de recourir appel à une aide professionnelle	
	Les autres membres de la famille doivent prendre soin d'eux	
	Conseils pour venir en aide à une personne aux prises avec des troubles concomitants	
	Qu'en est-il des personnes qui ne disposent que d'un soutien familial limité ?	
8	Comment expliquer les troubles concomitants aux enfants	67
	Que dire aux enfants ?	
	À l'extérieur du foyer familial	
	Pendant la maladie	
	Pendant la période de rétablissement	
	Quelques mots d'encouragement pour conclure	72
	Références	73
	Ressources	78
	Guides de la série	80

Remerciements

Les auteurs souhaitent rendre un hommage particulier aux patients et familles de patients de CAMH qui se sont exprimés en toute franchise et qui nous ont tant appris. Nous tenons également à remercier le Département de l'enseignement et de la formation de CAMH pour avoir mis à notre disposition ses ressources et ses supports pédagogiques.

Introduction

Le présent guide s'adresse aux personnes aux prises avec des troubles concomitants et à leurs proches. Il sera également utile à toute personne qui recherche des renseignements de base sur les troubles concomitants ainsi que sur leur traitement et les moyens de les gérer. Précisons que ce guide n'est pas destiné à se substituer à la consultation de professionnels de la santé.

L'expression « troubles concomitants » recouvre de nombreux cas de figure, mais le présent guide porte sur les points communs à la plupart des troubles concomitants, à savoir les symptômes de ces troubles, leurs causes et les options de traitement.

Les troubles concomitants sont éprouvants tant pour les personnes concernées que pour leurs proches, mais il convient d'indiquer que le rétablissement est possible. Il existe de nombreuses options de traitement efficaces, fondées sur des données probantes, pour les troubles concomitants. La conviction que le rétablissement est possible contribue à susciter l'espoir, un facteur qui revêt une grande importance pour les personnes en cours de rétablissement.

REMARQUES SUR LA TERMINOLOGIE DU GUIDE

L'expression « troubles concomitants » désigne la présence simultanée de troubles mentaux et de troubles de l'usage de substances psychoactives (Rush et coll., 2008 ; Skinner et coll., 2010). C'est l'expression la plus courante au Canada et celle qui a été retenue pour le présent guide d'information, mais on peut rencontrer d'autres expressions, au Canada ou ailleurs (p. ex. « troubles jumelés » et « double diagnostic »).

Dans le présent guide, nous employons les expressions « problème de l'usage de substances », « problème de dépendance » ou « problème de santé mentale » pour décrire le large éventail de problèmes, allant de légers à graves, que peut rencontrer une personne présentant des troubles concomitants, tandis que les expressions « trouble de l'usage de substances » et « trouble de santé mentale » sont réservées à des diagnostics spécifiques.

Vous rencontrerez également les termes suivants :

- *client·e* : personne qui reçoit des soins prodigués par un·e ou plusieurs professionnel·le·s de la santé. Le terme de « client·e » englobe celui de « patient·e » et les termes connexes, tels que « personne » et « individu ».
- *famille* : toute personne ou tout groupe de personnes désignée par l'intéressé·e comme appartenant à sa famille ou à son cercle de soutien rapproché.

1 Qu'entend-on par troubles concomitants ?

Chez les personnes qui ont des troubles mentaux, les pensées, l'humeur et le comportement sont affectés et peuvent nuire à la capacité fonctionnelle. Les troubles mentaux peuvent se manifester à tout âge, mais ils font souvent leur apparition à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Il existe de nombreux types de troubles mentaux, dont la dépression, l'anxiété et la schizophrénie, ainsi que les différentes formes de dépendance (Agence de la santé publique du Canada, 2015a), et leurs manifestations sont diverses, allant d'épisodes isolés et de courte durée à des troubles chroniques (Agence de la santé publique du Canada, 2015b).

La dépendance se manifeste selon un continuum et peut être légère, modérée ou grave. Dans les cas extrêmes, elle se caractérise par quatre symptômes représentés par les lettres BCCC : *besoin* impérieux, perte de *contrôle* sur la quantité utilisée ou la fréquence d'utilisation, *compulsion* et mépris des *conséquences* néfastes.

Chez les personnes qui ont un problème de santé mentale, le risque de connaître des problèmes de dépendance est élevé, tout comme le risque de développer un problème de santé mentale

chez les personnes qui présentent un problème de dépendance. Les personnes ayant ces deux types de problèmes ont ce qu'on appelle des troubles concomitants.

Parmi les troubles concomitants, citons :

- trouble anxieux et problème de l'usage de l'alcool ;
- schizophrénie et problème d'usage de cannabis ;
- trouble de la personnalité limite et trouble de l'usage d'héroïne ;
- dépression et dépendance aux somnifères.

De nombreux autres cas de figure sont possibles, car il existe un grand nombre de troubles de santé mentale et de troubles de l'usage de substances. Il convient également de mentionner que les personnes aux prises avec des troubles concomitants peuvent avoir plus d'une forme de dépendance et plus d'un trouble de santé mentale. On doit donc considérer les troubles concomitants comme un phénomène complexe, impliquant plusieurs éléments, souvent étroitement imbriqués, plutôt que comme deux troubles distincts.

LES TROUBLES CONCOMITANTS SONT-ILS COURANTS ?

Une enquête sur les troubles concomitants réalisée aux États-Unis en 2020 auprès d'adultes (personnes de plus de 18 ans) a révélé que, durant l'année écoulée :

- 14,2 % de cette population (soit 35,9 millions de personnes) présentaient uniquement un trouble mental ;
- 8,3 % (soit 20,9 millions) présentaient uniquement un trouble de l'usage de substances ;
- 6,7 % (soit 17,0 millions) présentaient à la fois un trouble mental et un trouble de l'usage de substances (SAMHSA, 2021).

Les personnes ayant des troubles de l'usage de substances sont plus sujettes aux problèmes de santé mentale que celles qui ne présentent pas ces troubles (Chan et coll., 2008 ; Harris et Edlund, 2005). Près de trois quarts des personnes ayant des troubles de l'usage de substances ont des problèmes de santé mentale pré-existants (Rush et coll., 2010) et le risque de développer des troubles concomitants augmente avec le nombre de substances utilisées (Cooper et Calderwood, 2004).

Selon des estimations datant de 2012 et portant sur des ménages canadiens, 6,1 % des personnes appartenant à la tranche d'âge de 15 à 64 ans avaient connu un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de l'année écoulée et 3,8 % avaient eu un trouble de l'usage de substances. À cela s'ajoutaient 1,2 % de personnes ayant connu à la fois un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux et un trouble de l'usage de substances (Khan, 2017).

Les rubriques ci-dessous portent sur la prévalence des troubles de santé mentale et des troubles de l'usage de substances.

Les troubles anxieux

- En 2012, près de 9 % des Canadiens répondaient aux critères du trouble anxieux généralisé (Pelletier et coll., 2017).
- Aux États-Unis, parmi les personnes ayant des troubles anxieux, près de 15 % avaient un trouble de l'usage de substances, et parmi les personnes ayant un trouble de l'usage de substances, près de 18 % présentaient un trouble anxieux (McHugh, 2015).
- Les personnes aux prises avec un trouble anxieux étaient deux fois plus portées à fumer du tabac que celles qui n'avaient pas un tel trouble (Kutlu et coll., 2015).

Le trouble dépressif majeur

- De façon générale, de 15 à 20 % des gens connaissent un trouble dépressif majeur au cours de leur vie.
- 25 % des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur avaient également reçu un diagnostic de trouble de l'usage de substances, la substance de choix étant l'alcool (20 %), suivi de substances non réglementées (11,8 %) et du cannabis (11,7 %) (Hunt et coll., 2020).
- Les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur concomitant à des troubles de l'usage de substances psychoactives (p. ex. alcool, cannabis) sont au moins 10 fois plus sujettes aux idées suicidaires ainsi qu'à d'autres troubles psychiatriques que les personnes n'ayant pas reçu de tels diagnostics (Onaemo et coll., 2022; Davis et coll., 2008).

Le trouble bipolaire

- Dans l'ensemble, de 1 à 2 % des gens sont affectés par un trouble bipolaire au cours de leur vie.
- Parmi les personnes qui ont connu un trouble bipolaire au cours de leur vie, environ 90 % développent subséquemment un trouble de l'usage de substances, les substances de choix étant l'alcool (62,3 %), le cannabis (46 %), la cocaïne (24 %) et les opioïdes (8,5 %) (Grunze et coll., 2021).

La schizophrénie

- 1 % des Canadiens vivent avec une schizophrénie (Agence de la santé publique du Canada, 2020).
- Parmi les personnes touchées par la schizophrénie au cours de leur vie, 47 % développent un trouble de l'usage de substances.

EFFETS DE LA COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE DES CANADIENS

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions importantes sur la santé mentale et l'usage de substances psychoactives. Entre septembre 2020 et mai 2021, 16 % des Canadiens ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool, et 5 % leur usage de cannabis.

Parmi les Canadiens de plus de 18 ans soumis à un dépistage, entre 19 et 23 % ont eu un diagnostic de trouble anxieux généralisé ou de trouble dépressif majeur, ou des deux, et entre 6 et 7 % ont eu un résultat positif de trouble de stress post-traumatique. Les personnes ayant eu un résultat positif de trouble anxieux généralisé ou de trouble dépressif majeur ont été plus nombreuses que les autres à déclarer faire une consommation quotidienne ou quasi quotidienne d'alcool et un usage quotidien de cannabis. Et les personnes ayant eu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique ont été plus nombreuses que les autres à signaler des symptômes de dépression et d'anxiété, des pensées suicidaires (au cours de leur vie) et une augmentation de leur consommation d'alcool et de leur usage de cannabis depuis le début de la pandémie (Santé Canada, 2022).

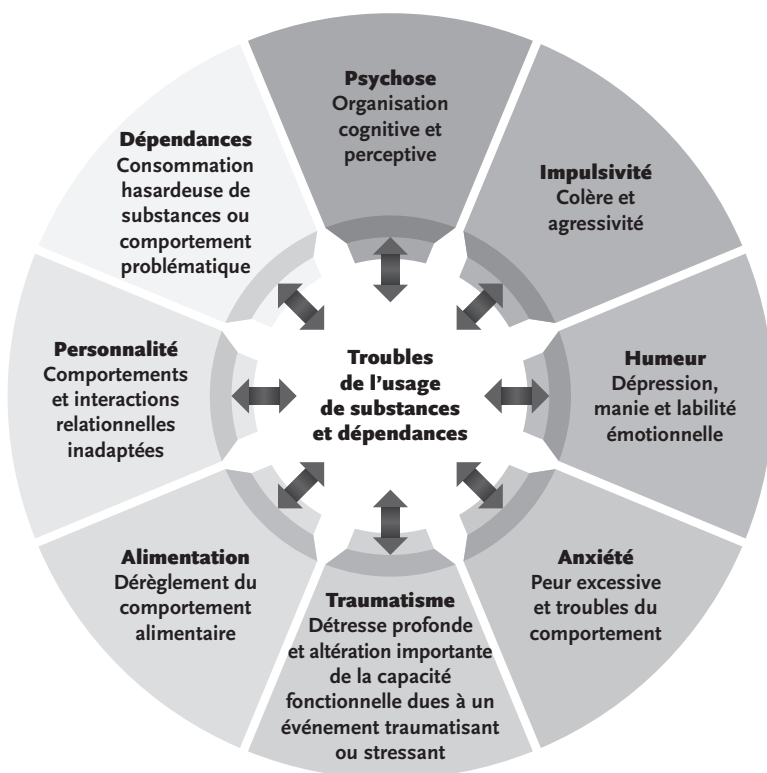
2 Pour se familiariser avec les troubles concomitants

On entend par troubles concomitants toute association d'un problème de santé mentale et d'un problème d'usage de substances. Il n'existe aucun symptôme ni groupe de symptômes commun à tous les cas de figures.

On peut classer les cas de figures en huit grandes catégories :

1. **troubles de l'usage de substances et troubles psychotiques** (p. ex. la schizophrénie) : troubles affectant les facultés mentales et caractérisés par une difficulté à distinguer le réel de l'imaginaire ;
2. **troubles de l'usage de substances et impulsivité** : troubles caractérisés par la colère et l'agressivité, associés à un risque de préjudices corporels auto-infligés ou infligés à autrui ;
3. **troubles de l'usage de substances et troubles de l'humeur** (p. ex. le trouble bipolaire) : troubles associés à la dépression et à la labilité émotionnelle (c.-à-d. à des sautes d'humeur rapides et brutales) ;
4. **troubles de l'usage de substances et troubles anxieux** : troubles caractérisés par un sentiment excessif de peur et d'anxiété, accompagné de troubles du comportement ;

5. **troubles de l'usage de substances et traumatismes ou autres facteurs de stress** : troubles caractérisés par l'apparition, à la suite d'un événement traumatisant ou stressant, d'une grande détresse, associée à des troubles du comportement ou à une altération de la capacité fonctionnelle ;
6. **troubles de l'usage de substances et troubles de l'alimentation** (p. ex. l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique) : troubles liés à une obsession à l'égard de la nourriture, du poids ou de l'apparence physique, qui ont des répercussions sur la santé et la vie courante ;



7. **troubles de l'usage de substances et troubles de la personnalité** (p. ex. trouble de la personnalité limite) : troubles caractérisés par un manque d'adaptabilité ;
8. **troubles de l'usage de substances et autres comportements de dépendance** (p. ex. jeu compulsif, cyberdépendance), qui peuvent avoir de graves répercussions sur plusieurs aspects de la vie.

EFFETS DE CHAQUE PROBLÈME SUR LES TROUBLES CONCOMITANTS

Dans certains cas de troubles concomitants, les problèmes de santé mentale et de dépendance sont graves, ce qui nuit considérablement à la capacité fonctionnelle. Mais même dans les cas moins graves, les troubles concomitants peuvent avoir des répercussions très néfastes sur la vie des personnes affectées.

Les interactions entre les troubles concomitants peuvent revêtir plusieurs formes. À titre d'exemples :

- l'usage de substances psychoactives ou toute autre forme de dépendance peut aggraver les problèmes de santé mentale ;
- l'usage de substances psychoactives ou toute autre forme de dépendance peut provoquer des symptômes similaires à ceux des problèmes mentaux ou masquer ces symptômes ;
- les gens qui ont des problèmes de santé mentale se tournent parfois vers l'usage de substances pour « soulager » leurs symptômes ou y échapper ;
- certaines substances réduisent l'efficacité des médicaments prescrits pour traiter les problèmes de santé mentale ;
- l'usage de substances psychoactives peut amener les gens à oublier de prendre leurs médicaments et provoquer une rechute ou une aggravation des problèmes de santé mentale ;
- lorsqu'une personne fait une rechute, que la rechute concerne un problème de santé mentale ou un problème d'usage de substances, cela peut aggraver l'autre problème.

Chez les personnes aux prises avec des troubles concomitants, le risque de problèmes graves d'ordre médical, social et émotionnel est plus élevé que chez celles qui ne présentent qu'un seul trouble. L'interaction entre les effets de l'usage de substances psychoactives et les symptômes des problèmes de santé mentale peut réduire l'efficacité du traitement ou nécessiter un traitement plus long.

3 Qu'est-ce qui cause les troubles concomitants ?

À QUEL ÂGE LES TROUBLES CONCOMITANTS SE MANIFESTENT-ILS ?

Les problèmes de santé mentale et d'usage de substances peuvent survenir à tous les âges et se manifester dès l'enfance. Plus les problèmes surviennent tôt et plus ils sont graves, plus le rétablissement risque d'être long et plus la personne aura besoin de soutien. Toutefois, si le problème est diagnostiqué et traité rapidement, la personne aura de meilleures chances de se rétablir plus rapidement et plus complètement.

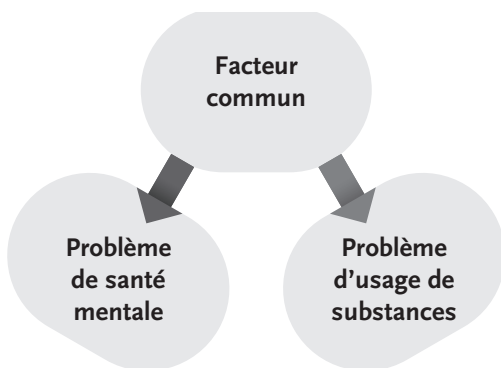
Les gens se demandent souvent ce qui survient en premier : le problème de santé mentale ou le problème de l'usage de substances. C'est difficile à dire. Globalement, il est plus utile de les considérer comme des problèmes interdépendants.

QU'ELLE EST L'ORIGINE DES TROUBLES CONCOMITANTS ?

Il n'y a pas de cause unique aux troubles concomitants. Chaque cas est différent. Ci-dessous figurent quelques tentatives d'explication de la conjonction d'un problème de santé mentale et d'un problème d'usage de substances.

Le modèle de variance commune

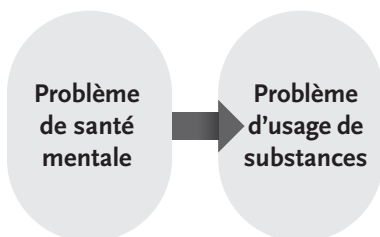
Dans ce modèle, un même facteur est à l'origine des problèmes de santé mentale et des problèmes d'usage de substances. Il peut s'agir d'un facteur d'ordre biologique ou d'un événement particulier : traumatisme émotionnel ou physique, par exemple.



Le modèle de la dépendance secondaire

Dans ce modèle, le problème de santé mentale déclenche un problème d'usage de substances. Certaines personnes présentant un problème de santé mentale ont recours à des substances pour trouver un soulagement. Bien que l'usage de substances soit dangereux dans un tel cas, il aide temporairement à oublier les problèmes ou à calmer les symptômes. Les utilisateurs qualifient parfois leur usage de substances d'« automédication ».

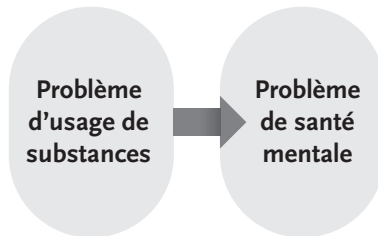
Pour les personnes déjà vulnérables aux problèmes de santé mentale, un usage même modéré de substances psychoactives peut avoir de graves répercussions.



Le modèle des troubles mentaux secondaires

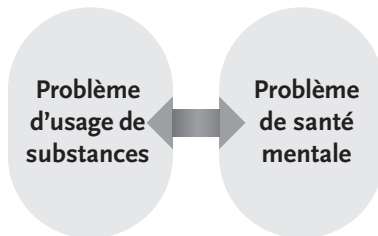
Dans ce modèle, c'est le problème d'usage de substances qui déclenche les problèmes de santé mentale. L'usage de substances peut avoir des effets néfastes sur les relations interpersonnelles ainsi que sur la vie quotidienne – perte d'emploi, par exemple – et engendrer indirectement des problèmes de santé mentale.

Certains effets de l'usage de substances évoquent les symptômes d'un problème de santé mentale – dépression, anxiété, impulsivité ou hallucinations, par exemple. Ces effets sont d'ailleurs parfois qualifiés de problèmes de santé mentale induits par une substance.



Le modèle bidirectionnel

Dans ce modèle, un des deux types de problèmes (problème de santé mentale ou problème d'usage de substances) augmente la vulnérabilité à l'autre problème. Prenons le cas d'une personne présentant une dépression et qui fait une consommation problématique d'alcool : cela peut lui coûter son emploi et aggraver sa dépression, laquelle peut entraîner des problèmes relationnels l'amenant à boire encore davantage.



Il convient d'ajouter que des facteurs d'ordre physique, social et circonstanciel peuvent venir aggraver les troubles concomitants.

Parmi ces facteurs, on peut citer :

- les maladies physiques chroniques ;
- les expériences de traumatisme ;
- la stigmatisation ;
- le poids des déterminants sociaux de la santé ;
- les lésions cérébrales acquises.

Il peut être utile d'envisager les facteurs de causalité sous trois angles différents en examinant :

1. les facteurs prédisposants (facteurs qui rendent vulnérable à un certain problème) ;
2. les facteurs déclencheurs (facteurs à l'origine de la première manifestation du problème) ;
3. les facteurs de perpétuation du problème.

LES TRAUMATISMES

« Un traumatisme résulte d'un événement, d'une série d'événements ou d'un ensemble de circonstances vécus par une personne comme étant physiquement ou émotionnellement préjudiciables ou mettant sa vie en danger. Le traumatisme a des effets néfastes durables sur la capacité fonctionnelle et le bien-être mental, physique, social, émotionnel ou spirituel » (SAMHSA, 2014a).

La relation entre les traumatismes et la consommation de substances psychoactives est à double sens : les personnes qui consomment des substances psychoactives sont davantage exposées à des événements traumatisants et sont donc plus vulnérables aux effets des traumatismes. Inversement, les expériences traumatisantes augmentent l'incidence de l'usage de substances psychoactives. Parallèlement, les troubles mentaux accroissent

la vulnérabilité aux effets des traumatismes, et les traumatismes – expériences négatives de l'enfance (ENE), par exemple – accroissent le risque de développer des problèmes de santé mentale (SAMHSA, 2014b).

De nombreuses personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de santé mentale, de trouble de l'usage de substances ou de trouble associé à une autre forme de dépendance déclarent avoir vécu un traumatisme (Rosenberg, 2011 ; SAMHSA, 2014b). À cela s'ajoute le fait que les personnes qui font usage de substances psychoactives sont souvent exposées à des circonstances traumatisantes (p. ex. famille en crise, fait d'avoir été témoin d'un décès accidentel dû à une substance contaminée, fait d'avoir frôlé la mort en raison d'une surdose) (SAMHSA, 2014b).

LA STIGMATISATION

La stigmatisation est le fait d'éviter ou de mépriser une personne ou un groupe de personnes présentant des caractéristiques inhabituelles ou différentes de celles du reste de la société. C'est un phénomène complexe qui englobe des opinions, des impressions et des comportements ; elle découle des préjugés et de la discrimination, qu'elle contribue à alimenter.

Quand on « colle » une étiquette à une personne ou à un groupe, on ouvre la porte aux préjugés, aux idées toutes faites ou carrément fausses, aux stéréotypes et à la discrimination. En outre, il n'est pas rare que les personnes stigmatisées finissent par adopter la façon dont on parle d'elles et dont on les considère, ce qui nuit à l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, sape leur moral et leur donne l'impression de n'être bonnes à rien.

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs non médicaux qui influent sur la santé et le bien-être, ainsi que sur l'accès à des soins appropriés et de qualité, en temps utile. Ils influent également sur la manière dont les clients sont traités et sur les résultats des soins qui leur sont prodigués. Voici quelques exemples de déterminants sociaux de la santé :

- sexe/genre ;
- orientation sexuelle ;
- race ;
- âge ;
- niveau de scolarité ;
- statut d'immigrant·e ou de réfugié·e ;
- revenus ;
- chômage et précarité d'emploi ;
- problèmes de logement et insécurité alimentaire ;

LES LÉSIONS CÉRÉBRALES ACQUISES ET LES TROUBLES CONCOMITANTS

Une lésion cérébrale acquise (LCA) est une atteinte au cerveau :

- causée par un traumatisme (p. ex. accident de voiture, chute, agression) ou une maladie (p. ex. apport insuffisant d'oxygène au cerveau, tumeur, anévrisme cérébral, infection ou accident vasculaire cérébral [AVC]) ;
- survenue après la naissance et non associée à une anomalie congénitale/déficience développementale (p. ex. paralysie cérébrale) ou à des troubles qui endommagent progressivement le cerveau (p. ex. maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson).

Les lésions cérébrales acquises peuvent survenir dans différentes zones du cerveau. La relation entre les LCA d'une part et les troubles de santé mentale et l'usage de substances d'autre part

est à double sens (c'est-à-dire que chaque problème accroît la vulnérabilité à l'autre). Ainsi, l'intoxication par des substances psychotropes accroît le risque de lésion cérébrale, et chaque chute ou surdose augmente le risque de déficit cognitif persistant. Une lésion cérébrale peut provoquer ou aggraver les symptômes des problèmes de santé mentale ou déclencher un problème d'usage de substances.

Qu'une personne ait un problème de santé mentale ou d'usage de substances, ou les deux, les conséquences d'une lésion cérébrale acquise (LCA) pour les facultés cognitives et la santé mentale peuvent l'empêcher de profiter pleinement du traitement. Si vous ou une personne à votre charge avez des antécédents de LCA et que vous envisagez un traitement pour des troubles mentaux ou une dépendance, vous devriez informer l'équipe soignante de ces antécédents, afin qu'elle les prenne en compte lors de l'élaboration du protocole thérapeutique (Selby et coll., 2022).

4 Comment traite-t-on les troubles concomitants ?

Généralement, les troubles concomitants sont pris en charge dans l'un des cadres suivants :

- clinique de soins primaires (p. ex. prise en charge par la ou le médecin de famille) ;
- établissement ou clinique de santé mentale ;
- établissement ou clinique de traitement des problèmes de l'usage de substances ;
- programme de traitement des troubles concomitants.

Le cadre du traitement dépend généralement de la gravité des problèmes et des services offerts localement.

Il n'est pas rare que les personnes ayant des troubles concomitants aient à suivre deux traitements séparés : l'un pour leurs troubles mentaux et l'autre pour la dépendance. Or, il arrive que les services qui dispensent ces traitements ne soient pas en relation et ne communiquent pas entre eux. Les clients sont donc forcés de jongler entre les deux et il leur est difficile de tirer pleinement parti des traitements offerts. La communication et la collaboration entre les programmes qui s'occupent d'une même personne améliorent la qualité des soins et favorisent le rétablissement

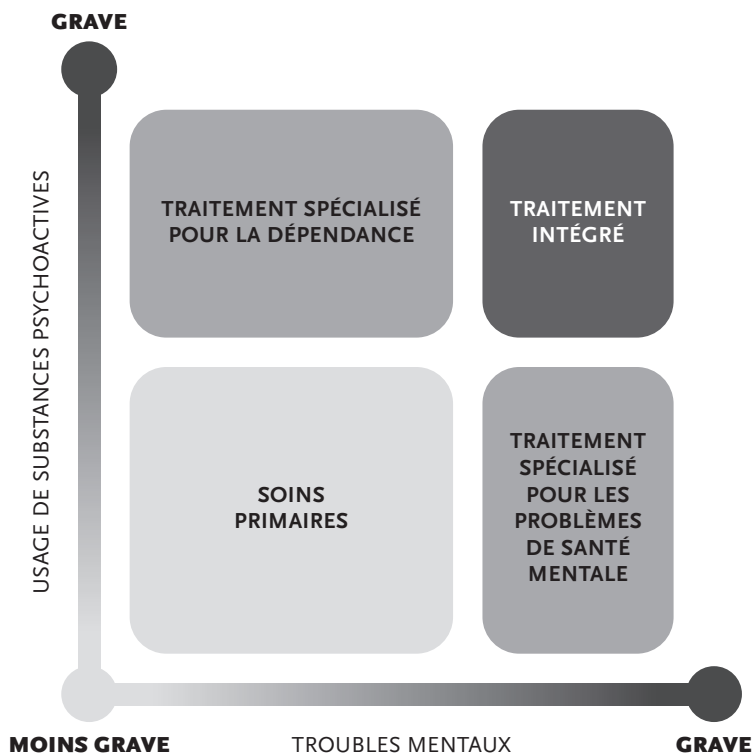


Figure 4.1 : Le modèle du quadrant est couramment employé pour décrire les différents degrés de gravité des problèmes de santé mentale et de dépendance associés aux troubles concomitants (NASMHPD et NASADAD, 2005). Issu du constat que les besoins d'une personne varient au fil du temps, il permet de relier ces besoins au type de services appropriés.

Source: Skinner, 2005, p. 7.

Toutefois, bien que le protocole de traitement doive englober à la fois les problèmes de santé mentale et de dépendance, il est parfois avantageux de commencer par s'attaquer à l'un des deux

problèmes. Ainsi, la plupart des personnes chez qui coexistent un trouble de l'humeur et un trouble de l'usage de l'alcool ont de meilleures chances de se rétablir si on commence par traiter leur dépendance à l'alcool. Autre exemple : une personne traitée pour des troubles concomitants qui traverse une phase où son problème de santé mentale s'aggrave ; dans ce type de situation, il pourrait être préférable de centrer le traitement sur le problème de santé mentale plutôt que sur la consommation de substances psychoactives.

En règle générale, cependant, les personnes aux prises avec des troubles concomitants obtiennent de meilleurs résultats avec un traitement intégré, dans le cadre duquel les deux problèmes sont traités simultanément, de façon coordonnée.

QU'EST-CE QUE LE TRAITEMENT INTÉGRÉ ?

Le traitement intégré vise à garantir une prise en charge coordonnée et complète, de manière fluide pour les clients. L'idéal est non seulement de les aider à surmonter leurs troubles concomitants, mais aussi à mieux gérer d'autres aspects de leur vie, à savoir :

- maintenir les résultats du traitement ;
- prévenir les rechutes ;
- répondre à leurs besoins essentiels ;
- leur offrir des soins holistiques et un soutien psychosocial.

Pour que le traitement intégré donne des résultats optimaux, les clients devraient entretenir une relation de confiance, stable et à long terme avec un coordonnateur de cas, rôle généralement assumé par un professionnel de la santé (infirmière ou infirmier, travailleuse ou travailleur social·e ou psychothérapeute). Si le traitement fait intervenir une équipe de professionnels (psychiatre, travailleur social, pharmacien, infirmière ou infirmier,

psychothérapeute), il importe que la supervision du traitement soit confiée à une seule personne.

Les services de traitement ne sont pas toujours dispensés au même endroit, mais cela ne devrait pas empêcher la collaboration en vue de coordonner les soins. Ainsi, les thérapeutes exerçant dans le cadre d'un programme de traitement de la dépendance peuvent interroger leurs nouveaux clients pour déterminer s'ils ont également des problèmes de santé mentale. Si une personne répond par l'affirmative, elle pourrait se voir offrir un traitement ou être aiguillée vers un service de santé mentale. Dans ce dernier cas, l'idéal serait qu'avec le consentement de la cliente ou du client, les équipes soignantes des deux services restent en contact pour suivre ses progrès et collaborent pour répondre au mieux à ses besoins et lui apporter le soutien nécessaire

OÙ LE TRAITEMENT EST-IL DISPENSÉ ?

Les personnes qui ont des troubles concomitants cliniquement stables et qui bénéficient d'un soutien social peuvent être traitées dans la collectivité – par leur médecin de famille, par exemple, ou dans une clinique de proximité (offrant des services de consultation en dépendance, par exemple). En revanche, les troubles concomitants graves nécessitent des soins spécialisés.

Notons qu'il est difficile d'obtenir des services pour des troubles concomitants sans la recommandation d'un médecin. Si une personne qui a des troubles concomitants n'a pas de médecin de famille et a besoin d'une recommandation pour accéder à des services, elle peut se rendre dans une clinique sans rendez-vous ou consulter une équipe de soins primaires. Les services communautaires de traitement des dépendances et les services de

gestion de cas peuvent également mettre les personnes aux prises avec des troubles concomitants en relation avec un médecin de famille afin qu'elles puissent être orientées vers des services ou des traitements spécialisés.

LES OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Auparavant, les services de traitement de la dépendance et les services de traitement des troubles mentaux appréhendaient les problèmes sous des angles différents, ce qui devait avoir un effet déroutant pour les clients traités dans le cadre de ces deux types de services. En effet, depuis un certain temps, de nombreux services de traitement de la dépendance appliquent les principes de la réduction des méfaits au moyen de diverses stratégies : consommation plus sûre, consommation contrôlée ou abstinence, l'idée étant de s'adapter à la situation de chaque client·e. Les clients peuvent donc se fixer pour objectif de faire un usage plus sûr, moins fréquent ou moins important des substances psychoactives ou d'arrêter complètement cet usage (pour plus d'informations sur la réduction des méfaits, voir la page 52). Or, les programmes de santé mentale n'ayant pas adopté les principes de la réduction des méfaits pouvaient exiger des clients qu'ils cessent complètement de consommer des substances psychoactives avant de pouvoir bénéficier d'un traitement, leur imposant ainsi un objectif d'abstinence non souhaité – un problème qui n'a d'ailleurs pas complètement disparu.

À présent, fort heureusement, les intervenants de nombreux programmes de santé mentale et de traitement de la dépendance œuvrent en étroite collaboration, de sorte que les clients peuvent se fixer leurs propres objectifs, à savoir :

- définir ce qui constitue pour eux l'épanouissement et le rétablissement ;

- déterminer comment mener une vie qui ait un sens ;
- s'engager dans un parcours de rétablissement conforme à leurs objectifs.

Le protocole de traitement doit être adapté aux besoins particuliers de chaque client·e et faire appel aux stratégies les mieux adaptées à son cas en matière de problèmes de santé mentale et de dépendance.

LES TYPES DE TRAITEMENT

La prise en charge des troubles concomitants englobe les traitements psychosociaux et pharmacologiques. Les clients peuvent se voir proposer l'un ou l'autre, ou les deux.

Les traitements psychosociaux

Les traitements psychosociaux englobent divers types de psychothérapie ainsi que des programmes de formation sociale et professionnelle. Ils visent à apporter un soutien et une éducation aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux familles de ces personnes, et à les guider (NAMI, 2024). Ces traitements constituent une part importante du traitement des troubles concomitants. Au nombre de ces traitements, on peut citer :

- la psychoéducation ;
- le counseling et la psychothérapie (individuelle et de groupe) ;
- la thérapie familiale ;
- la gestion/coordination de cas, l'aide au logement et à l'emploi, le soutien financier, le soutien social, etc. ;
- le fait, pour les clients, d'adopter une bonne hygiène de vie, des loisirs salutaires et d'autres habitudes de vie bénéfiques ;
- le soutien par les pairs et l'entraide entre pairs.

LA PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation vise à informer les gens sur les questions de santé mentale et de consommation de substances psychoactives, car il est plus facile de faire des choix éclairés quand on prend conscience de ses problèmes. La psychoéducation peut aider les clients et familles de clients à :

- gérer plus efficacement leurs problèmes ;
- prendre des mesures pour prévenir les problèmes ou les limiter ;
- élaborer des stratégies d'adaptation propices au rétablissement.

Tous les clients aux prises avec des troubles concomitants devraient recevoir une psychoéducation en début de traitement, mais ils bénéficieront sans doute davantage de cette thérapie à mesure qu'ils se rétabliront. Pour les problèmes de gravité modérée, la psychoéducation seule devrait suffire.

Lors des séances de psychoéducation, les questions suivantes sont abordées :

- causes des problèmes de santé mentale et de dépendance ;
- traitement de ces problèmes ;
- auto-prise en charge des problèmes (dans la mesure du possible) ;
- prévention ou atténuation du risque de récurrence ;
- stratégies pour cultiver l'espoir, se créer un réseau de soutien et acquérir les compétences nécessaires au rétablissement.

LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie, qu'on appelle parfois « thérapie par la parole », aide les clients à surmonter leurs problèmes en les amenant à examiner leurs émotions et leur façon de penser, d'agir et de se comporter avec autrui.

Il existe de nombreuses formes de psychothérapie, certaines mieux adaptées que d'autres à des problèmes particuliers. La psychothérapie peut être de courte ou de longue durée, et elle peut être dispensée en personne ou en ligne.

La thérapie de courte durée a une structure qui lui est propre et elle met l'accent sur des points précis. La ou le thérapeute joue un rôle actif et dirige le processus. En général, ce type de traitement ne prend pas plus de 10 à 20 séances.

Lors d'une thérapie de longue durée, la ou le thérapeute joue généralement un rôle moins actif et les séances sont moins structurées. Dans la plupart des cas, le traitement dure au moins un an. Cette thérapie a pour but d'aider les clients à explorer en profondeur leurs problèmes psychiques.

Pour que la thérapie soit réussie, il faut que la personne établisse une relation de confiance avec un·e thérapeute qui l'encourage et la mette à l'aise. Il peut s'agir :

- d'un·e médecin ;
- d'une travailleuse ou d'un travailleur social·e ;
- d'un·e ergothérapeute ;
- d'un·e psychothérapeute ;
- d'une infirmière ou d'un infirmier ;
- d'un·e psychologue.

Lors de leur formation, les thérapeutes se familiarisent avec diverses formes de psychothérapie. Ils peuvent travailler dans des hôpitaux, des cliniques ou des cabinets privés.

La thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est un type de psychothérapie de courte durée. Elle est efficace pour traiter une grande diversité de troubles concomitants.

La rcc est une démarche thérapeutique brève, axée sur les problèmes, qui repose sur les aspects cognitifs (la façon de penser) et comportementaux (la façon d'agir) associés aux troubles mentaux. La façon de penser ayant une incidence sur l'état émotionnel et le comportement, l'objectif de la rcc est d'aider les gens à acquérir des modes de pensée salutaires pour transformer leur façon de se sentir et de se comporter. En effet, certaines pensées profondément enracinées ont une influence considérable sur l'humeur et le comportement. À titre d'exemple, si une personne déprimée qui consomme trop d'alcool croit qu'aucun traitement ne peut l'aider, il est peu probable qu'elle recherche une aide professionnelle. La rcc aide les clients à débusquer les pensées négatives et à en adopter de nouvelles, et elle leur enseigne de nouvelles stratégies qui les aideront au quotidien.

La thérapie comportementale dialectique

La thérapie comportementale dialectique (tcd) est un type de thérapie cognitivo-comportementale qui sert à traiter toutes sortes de problèmes de comportement. Fondée sur les techniques cognitivo-comportementales occidentales et sur les pratiques orientales de la pleine conscience, la tcd apprend aux clients à :

- être davantage conscients de leurs pensées et de leurs actions ;
- supporter les difficultés ;
- maîtriser leurs émotions ;
- améliorer leurs relations interpersonnelles.

La thérapie psychodynamique ou psychothérapie axée sur l'intuition

Il s'agit d'une thérapie peu structurée de longue durée, qui vise à atténuer la détresse en aidant les clients à comprendre ce qui motive leur comportement.

La thérapie interpersonnelle

La thérapie interpersonnelle aide les clients à mieux communiquer et à établir de meilleures relations interpersonnelles. Elle les aide en outre à :

- examiner leurs interactions avec autrui ;
- déterminer les enjeux et les problèmes au cœur de ces interactions ;
- trouver des moyens de les modifier.

La thérapie interpersonnelle de groupe est centrée sur les interactions entre les membres du groupe.

LA THÉRAPIE DE GROUPE

Les personnes qui présentent des troubles concomitants peuvent bénéficier d'une thérapie de groupe. Il existe plusieurs formes de thérapie de groupe, dont :

- la thérapie cognitivo-comportementale ;
- la thérapie comportementale dialectique ;
- la thérapie interpersonnelle ;
- la psychoéducation et les programmes axés sur le rétablissement.

Les groupes thérapeutiques offrent un espace sécurisant pour parler de questions telles que les relations familiales, les effets secondaires des médicaments et les rechutes.

**LA THÉRAPIE FAMILIALE ET LES GROUPES
DE SOUTIEN POUR LES FAMILLES**

Un soutien social actif est essentiel pour favoriser un rétablissement durable. Les membres de la famille peuvent aider la personne aux prises avec des troubles concomitants en s'informant sur les problèmes de l'usage de substances et les problèmes de santé mentale et en participant à des groupes de soutien. Par ailleurs, les membres de la famille peuvent eux aussi suivre une thérapie.

Dans le cadre de la thérapie familiale, les thérapeutes œuvrent généralement auprès d'une seule famille à la fois, leur objectif étant :

- d'informer la famille sur les troubles concomitants ;
- de lui offrir des conseils et du soutien.

La thérapie familiale est parfois proposée sous forme de séances de groupe réunissant des familles confrontées à des situations semblables. Les participants peuvent ainsi parler de leur expérience avec d'autres familles en mesure de les comprendre et de leur apporter du soutien.

Rappelons que ce guide définit la famille comme « toute personne ou tout groupe de personnes qu'un individu désigne comme appartenant à sa famille ou à son cercle de soutien rapproché ». En ce sens, les membres de la famille n'ont pas besoin d'être unis par les liens du sang. Il convient également de mentionner que certains individus n'ont personne dans leur entourage qu'ils considèrent comme appartenant à leur famille, et que d'autres ne souhaitent pas que leur famille soit impliquée dans leur prise en charge.

Le parcours de rétablissement peut s'avérer difficile en l'absence de soutien social et familial. En pareil cas, il est recommandé de faire en sorte de se constituer un réseau de soutien en participant à des programmes locaux, en nouant des relations fondées sur la confiance et en adoptant des stratégies permettant d'élargir et d'approfondir les liens avec autrui.

LES GROUPES DE SOUTIEN ENTRE PAIRS

Les groupes de soutien entre pairs ont une place importante dans le traitement. Ils réunissent des personnes qui ont toutes des troubles concomitants et qui peuvent parler de leurs difficultés

dans un cadre sécurisant et bienveillant. Les membres du groupe se comprennent et peuvent nouer des liens authentiques, fondés sur la confiance. Les personnes chez qui des troubles concomitants ont été récemment diagnostiqués peuvent profiter de l'expérience des autres membres du groupe.

Il existe des groupes de soutien entre pairs pour les clients et d'autres pour les familles. Parmi ces groupes, citons Double Recovery et SMART Recovery Meetings, et les programmes de 12 Étapes.

Les cliniques et autres organismes de traitement de la dépendance proposent parfois des services de soutien par les pairs, dans le cadre desquels un pair-aidant professionnel offre aux clients un soutien individuel ou de groupe pour les aider dans leur rétablissement. Les pairs aidants sont des personnes qui ont une expérience vécue des problèmes de dépendance et qui sont formés pour accompagner les clients dans leur parcours de rétablissement. Il est largement reconnu que le soutien par les pairs constitue une stratégie efficace pour favoriser le rétablissement des personnes aux prises avec des troubles concomitants (O'Connell et coll., 2017).

INTERVENTIONS PARTICULIÈRES

Durant leur parcours de rétablissement, les clients peuvent avoir besoin d'interventions particulières telles que :

- la gestion du sevrage ;
- la gestion des crises ;
- l'hospitalisation.

La gestion du sevrage

Certains clients ont besoin d'aide pour se sevrer de leur usage de substances. La gestion du sevrage (aussi appelé désintoxication)

visé à soulager les symptômes qui l'accompagnent, et dans le cadre de cette prise en charge – qui est parfois un préalable nécessaire au traitement de la dépendance – il faut parfois recourir au traitement médicamenteux.

La prise en charge du sevrage peut être plus ou moins intense et être dispensée sous différentes formes, notamment par :

- des prestataires de soins primaires, qui peuvent prescrire des médicaments à prendre en ambulatoire ;
- des services ambulatoires spécialisés dans la prise en charge de la dépendance, qui disposent parfois d'un personnel qualifié pouvant apporter des soins similaires à ceux prodigués par les prestataires de soins primaires. Certains établissements proposent une surveillance sur place durant plusieurs heures par jour ;
- des services d'urgence et des unités d'hospitalisation psychiatriques, qui assurent une prise en charge à court terme du sevrage, à l'aide de médicaments ;
- des services non médicaux de prise en charge du sevrage dans la collectivité : établissements dispensant des soins intensifs, avec surveillance 24 heures sur 24. Ces établissements emploient généralement du personnel non médical, mais peuvent prescrire des médicaments ;
- des services médicaux de prise en charge du sevrage : services destinés à traiter les symptômes de sevrage graves, dont les convulsions et les hallucinations. Ces services, assurés par des professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier) ont fréquemment recours à la pharmacothérapie.

La gestion des crises

Il peut arriver qu'une personne aux prises avec des troubles concomitants soit en crise, par exemple à la suite du décès d'un être cher, de la perte de son logement, de revers financiers ou du fait d'avoir été victime d'un acte de violence imprévu.

Il n'est pas facile de surmonter une crise soudaine. Il est donc recommandé aux clients de prévoir des stratégies pour gérer les éventuelles situations d'urgence, par exemple en dressant une liste des comportements alarmants indiquant le besoin de faire appel à leur réseau de soutien ou de consulter un professionnel de la santé mentale ou un médecin. Cela évite, tant aux personnes affectées qu'à leur entourage, d'être pris de court en cas de crise.

Selon les circonstances, les crises peuvent s'apaiser d'elles-mêmes ou être gérées grâce au soutien de la famille, de proches et de professionnels, mais il est parfois nécessaire de recourir à l'hospitalisation. Une fois la crise passée, il faudra peut-être revoir l'approche thérapeutique ou revenir aux mesures de soutien ou aux traitements antérieurs – counseling ou psychothérapie, par exemple.

L'hospitalisation

Une crise peut tourner à l'urgence et nécessiter une hospitalisation. Cela se produit lorsque la personne en crise est exposée à un grave danger, notamment pour l'une des raisons suivantes :

- agressivité marquée ;
- comportement impulsif à risque ;
- surdose ;
- automutilation ou comportement suicidaire ;
- incapacité à subvenir à ses besoins essentiels.

En pareil cas, le séjour à l'hôpital peut durer de quelques jours à plusieurs semaines. Le traitement, administré par une équipe interdisciplinaire, pourrait être couplé à des séances quotidiennes de thérapie individuelle ou de thérapie de groupe. Le congé de l'hôpital est soumis à certaines conditions :

- amélioration de la capacité fonctionnelle ;
- atténuation des symptômes ;

- atteinte des objectifs de rétablissement ;
- risque moindre qu'au moment de l'hospitalisation ;
- mise en place de mesures de suivi.

L'HOSPITALISATION AVEC ET SANS LE CONSENTEMENT DE L'INTÉRESSÉ·E

Une personne peut être hospitalisée de son plein gré, ce qui signifie :

- qu'elle accepte d'être hospitalisée ;
- qu'elle est libre de sortir quand elle le souhaite.

Toutefois, la loi autorise les médecins à hospitaliser une personne même si elle ne croit pas avoir besoin d'aide et ne souhaite pas être hospitalisée. Une admission d'office peut avoir lieu si la ou le médecin estime :

- qu'il existe un risque que la personne ne porte atteinte à son intégrité physique ;
- qu'il existe un risque que la personne ne porte atteinte à l'intégrité physique de quelqu'un d'autre ;
- que la personne est incapable de prendre correctement soin d'elle-même.

Chaque État, province ou territoire a une procédure régissant l'hospitalisation sans consentement. Ainsi, en Ontario, si une personne n'a pas de médecin traitant, ses proches peuvent demander à un juge de paix d'ordonner un examen médical pour déterminer si la personne risque d'attenter à son intégrité physique ou à celle d'autrui et si elle doit faire l'objet d'une évaluation psychiatrique dans un cadre hospitalier.

Il existe des lois pour protéger les droits des personnes hospitalisées contre leur gré. Ainsi, par exemple, des conseillers en matière de droits leur rendent visite et veillent à ce qu'elles aient la possibilité

de contester leur séjour forcé devant un comité indépendant composé d'avocats, de médecins, d'infirmières/infirmiers et d'un non-spécialiste.

Il est parfois nécessaire d'amener une personne en situation de crise au service des urgences le plus proche, d'appeler une ligne de crise ou de composer le 911. Dans certains cas, une équipe mobile d'intervention de crise ou la police doit venir conduire la personne à l'hôpital, une expérience très éprouvante pour la personne concernée comme pour ses proches et il arrive que ceux-ci hésitent à faire appel aux services d'urgence, même s'ils sont nécessaires pour protéger la vie de la personne. Toutefois, quand une personne risque d'attenter à son intégrité physique ou à celle de quelqu'un d'autre, il faut absolument obtenir une aide immédiate.

5 Les traitements médicamenteux

MÉDICAMENTS EMPLOYÉS POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

Il existe plusieurs catégories de médicaments pour traiter les troubles de santé mentale, selon que l'on cherche à soulager la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire ou la psychose, par exemple. Les informations présentées ci-dessous sont tirées de la rubrique « Index sur la santé mentale et la dépendance » qui figure sur le site camh.ca/fr. Cet index contient des informations sur les différents types de médicaments, leur fonction et leurs effets secondaires.

REMARQUE : quand on prend des médicaments, il est important de suivre les consignes du médecin ou du pharmacien, notamment en ce qui concerne l'horaire d'administration, la posologie et la durée du traitement. Il faut également savoir quand arrêter de prendre ses médicaments et de quelle manière, ainsi que ce qu'il faut faire en cas d'oubli d'une dose. Il est recommandé de lire attentivement la notice du produit et de suivre les instructions à la lettre. Pour toute question, on peut demander conseil au médecin ou au pharmacien.

Les antidépresseurs

Pour le traitement de la dépression, on prescrit des antidépresseurs, certains étant également efficaces contre les troubles anxieux. Les antidépresseurs agissent en augmentant la disponibilité d'un ou de plusieurs neurotransmetteurs (qui agissent comme des messagers chimiques dans le cerveau). Parmi les principaux neurotransmetteurs affectés par l'action des antidépresseurs, citons la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, chacune jouant un rôle distinct dans la régulation de l'humeur.

Il faut parfois attendre plusieurs semaines avant que les antidépresseurs ne produisent pleinement leurs effets. L'amélioration du sommeil, de l'appétit et du niveau d'énergie sont des signes indiquant que le traitement commence à faire effet. L'amélioration de l'humeur survient généralement plus tard. Bien que tous les antidépresseurs soient globalement efficaces, il n'existe pas de médicament ou de classe de médicaments qui agisse de la même manière chez toutes les personnes qui en prennent. Si l'antidépresseur prescrit à une personne ne lui convient pas, on lui proposera d'essayer un autre type d'antidépresseur ou une association de plusieurs antidépresseurs.

Il existe plusieurs classes d'antidépresseurs :

- **les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**, qui augmentent les niveaux de sérotonine dans le cerveau. Ces médicaments constituent généralement le traitement de première intention contre la dépression et l'anxiété en raison de leur profil d'effets secondaires plus légers que celui des autres classes d'antidépresseurs.
- **les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)**, qui augmentent les taux de sérotonine et de noradrénaline dans le cerveau. Ces médicaments sont prescrits pour traiter la dépression, l'anxiété et la douleur chronique.

- **les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine (IRND)**, qui augmentent les taux de noradrénaline et de dopamine dans le cerveau. Ces médicaments sont souvent prescrits pour leurs effets énergisants, en association avec d'autres antidépresseurs.
- **les antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques** (acronyme anglais : nassa), qui sont les plus sédatifs, ce qui en fait un bon choix pour les personnes sujettes aux insomnies ou à l'anxiété. Ces médicaments sont également des stimulants de l'appétit.
- **les modulateurs de la sérotonine**, qui modulent les récepteurs de la sérotonine et inhibent sa recapture.
- **les antidépresseurs tricycliques (ATC)**, qui augmentent les niveaux de sérotonine, de noradrénaline et d'acétylcholine dans le cerveau. Il s'agit de l'une des classes d'antidépresseurs les plus anciennes. Les ATC provoquent généralement davantage d'effets secondaires que les autres classes d'antidépresseurs et ils sont donc rarement prescrits en première intention. Toutefois, lorsque les autres classes d'antidépresseurs se sont montrées inefficaces pour soulager la dépression, cette classe de médicaments peut avoir son utilité. Les ATC pouvant entraîner des irrégularités du rythme cardiaque et il faut généralement subir un électrocardiogramme (ECG) avant de commencer ce traitement. Les ATC peuvent également servir à traiter la douleur chronique.
- **les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)**, qui inhibent l'action d'une enzyme appelée monoamine oxydase, augmentant ainsi les taux de noradrénaline, de sérotonine et de dopamine dans le cerveau. Bien qu'efficaces, les IMAO ne sont généralement pas prescrits en première intention, car les personnes qui prennent ce type de médicament doivent suivre un régime alimentaire particulier à cause du risque d'interactions avec les aliments. Un nouvel IMAO, le moclobémide (Manerix), n'impose aucune restriction alimentaire.

Le tableau 1 présente les différentes classes d'antidépresseurs et leurs effets secondaires courants, avec des exemples de noms de marque.

Le choix de l'antidépresseur dépend des symptômes de la personne, de ses antécédents médicaux et de sa réponse aux traitements antérieurs. Les clients doivent collaborer étroitement avec leur équipe de soins pour l'aider à choisir le médicament le plus approprié et la tenir au courant de l'apparition de tout effet secondaire.

Tableau 1

Classes d'anti-dépresseurs	Quelques noms de marques	Effets secondaires courants
	<i>Remarque : Les noms des molécules apparaissent en ordre alphabétique et les noms de marques sont indiqués entre parenthèses.</i>	
<i>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)</i>	• citalopram (Celexa) • escitalopram (Cipralex) • fluoxétine (Prozac) • fluvoxamine (Luvox) • paroxétine (Paxil) • sertraline (Zoloft)	• nausées • vomissements • maux de tête • fatigue • altération de la libido ou de la réponse sexuelle • constipation • diarrhée • transpiration • bouche sèche • nervosité • troubles du sommeil • rêves intenses et cauchemars

Classes d'anti-dépresseurs	Quelques noms de marques	Effets secondaires courants
<i>Remarque : Les noms des molécules apparaissent en ordre alphabétique et les noms de marques sont indiqués entre parenthèses.</i>		
<i>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)</i>	• desvenlafaxine (Pristiq) • duloxétine (Cymbalta) • lévomitilnacipran (Fetzima) • venlafaxine (Effexor)	• nausées • maux de tête • altération de la libido ou de la réponse sexuelle • constipation • transpiration • bouche sèche • nervosité • troubles du sommeil • vertiges • augmentation de la tension artérielle à des doses élevées
<i>Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine (IRND)</i>	• bupropion (Wellbutrin)	• insomnies • bouche sèche • risque de convulsions

Classes d'anti-dépresseurs	Quelques noms de marques	Effets secondaires courants
<i>Remarque : Les noms des molécules apparaissent en ordre alphabétique et les noms de marques sont indiqués entre parenthèses.</i>		
Antidépresseurs noradrénérergiques et sérotoninergiques spécifiques (acronyme anglais : NASSA)	• mirtazapine (Remeron)	• prise de poids • effet sédatif
Modulateurs de la sérotonine	• trazodone • vilazodone (Viibryd) • vortioxétine (Trintellix)	• vertiges • nausées • diarrhée
Antidépresseurs tricycliques (ATC)	• amitriptyline (Elavil) • clomipramine (Anafranil) • désipramine • imipramine • nortriptyline (Aventyl)	• bouche sèche • constipation • difficulté à uriner • vision trouble • vertiges • prise de poids • tremblements et spasmes musculaires • accélération de la fréquence cardiaque

Classes d'anti-dépresseurs	Quelques noms de marques	Effets secondaires courants
	<i>Remarque : Les noms des molécules apparaissent en ordre alphabétique et les noms de marques sont indiqués entre parenthèses.</i>	
<i>Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)</i>	• moclobémide (Manerix) • phénelzine (Nardil) • tranylcypromine (Parnate)	• bouche sèche • nausées • vertiges • prise de poids • spasmes musculaires involontaires • hypotension artérielle

Les anxiolytiques et les somnifères

Bon nombre des antidépresseurs cités dans la rubrique précédente, dont les ISRS et les IRSN, sont prescrits pour traiter l'anxiété. À court terme, on peut recourir aux benzodiazépines (les anxiolytiques les plus couramment prescrits) pour soulager l'anxiété et l'insomnie, mais on évite généralement de les prescrire à long terme en raison du risque de dépendance. De nombreux types de benzodiazépines sont commercialisés au Canada. Toutes les benzodiazépines agissent de la même manière, mais l'intensité et la durée de leurs effets varient. Parmi les effets secondaires possibles, on peut citer la somnolence, les vertiges, la constipation et la faiblesse musculaire, ainsi que les troubles de la mémoire, de la concentration et de la coordination.

Plusieurs benzodiazépines sont couramment prescrites pour traiter les troubles anxieux : le clonazépam (Rivotril), l'alprazolam (Xanax), le lorazépam (Ativan) et le diazépam (Valium). Et pour le traitement de l'insomnie, on prescrit du lorazépam (Ativan), du nitrazépam (Mogadon), de l'oxazépam (Serax) et du témazépam (Restoril).

Un autre médicament employé pour traiter l'insomnie est le zopiclone (Imovane), un médicament semblable aux benzodiazépines et dont les effets secondaires sont comparables. Il se pourrait que le zopiclone présente un risque de dépendance moindre que certaines benzodiazépines, mais le risque n'est pas nul.

Les régulateurs de l'humeur ou psychorégulateurs

Ces médicaments, qui permettent de réduire les sautes d'humeur, sont principalement prescrits pour traiter le trouble bipolaire, car ils permettent de prévenir à la fois les épisodes maniaques et les épisodes dépressifs. Apparenté au sodium (sel de table), le lithium, un élément chimique simple, est le régulateur de l'humeur le plus ancien et le mieux connu. De nombreux médicaments initialement développés pour traiter les crises d'épilepsie (anticonvulsivants) agissent également comme psychorégulateurs ; parmi eux figurent la carbamazépine (Tegretol), le divalproex (Epival) et la lamotrigine (Lamictal). La gabapentine (Neurontin) et le topiramate (Topamax) sont également des anticonvulsivants ayant une action psychorégulatrice, mais ils ne sont généralement prescrits qu'en complément d'autres médicaments. Dans certains cas, on prescrit plusieurs types de psychorégulateurs à prendre en association.

Les antipsychotiques

Les troubles psychotiques (à savoir la schizophrénie, le trouble schizo-affectif et la manie accompagnée de symptômes psychotiques), la psychose, le trouble bipolaire et la dépression

sévère sont couramment traités à l'aide de médicaments antipsychotiques. Les idées délirantes (idées fixes qui ne correspondent pas à la réalité) et les hallucinations (expériences sensorielles qui semblent réelles mais qui n'ont pas de fondement dans la réalité, dont les hallucinations auditives) sont des exemples de symptômes de la psychose. On distingue généralement deux grandes catégories d'antipsychotiques : les antipsychotiques de première génération et les antipsychotiques atypiques (antipsychotiques de deuxième génération), plus récents. La principale différence entre ces deux catégories réside dans le fait que les antipsychotiques typiques agissent en bloquant la dopamine, alors que les antipsychotiques atypiques bloquent à la fois la dopamine et la sérotonine.

Comparés aux antipsychotiques de première génération, les antipsychotiques atypiques présentent un risque moindre d'effets secondaires d'ordre moteur (balancement du corps, trépignements, mouvements de mastication répétitifs, rigidité musculaire). En revanche, ils provoquent davantage d'effets secondaires d'ordre métabolique (prise de poids, altération de la glycémie [taux de sucre dans le sang] et de la lipidémie [taux de graisse sanguin]). Globalement, ces deux catégories de médicaments sont d'une efficacité comparable, même si aucun médicament ni aucune classe de médicaments ne donne les mêmes résultats chez tous les sujets. Les antipsychotiques sont souvent prescrits en association avec d'autres médicaments pour traiter les symptômes d'autres troubles mentaux ou pour atténuer les effets secondaires de cette classe de médicaments. La plupart des personnes qui prennent des antipsychotiques sur le long terme se voient prescrire des médicaments atypiques (de deuxième génération).

Le tableau 2 présente des exemples d'antipsychotiques de première génération et d'antipsychotiques atypiques.

Tableau 2

REMARQUE : Les noms des molécules apparaissent en ordre alphabétique et les noms de marques sont indiqués entre parenthèses.

**Antipsychotiques de
première génération**

- flupenthixol (Fluanxol)
- halopéridol (Haldol)
- loxapine (Loxapac)
- zuclopenthixol (Clopixol)

**Antipsychotiques atypiques
(de deuxième génération)**

- aripiprazole (Abilify)
- asénapine (Saphris)
- brexpiprazole (Rexulti)
- cariprazine (Vraylar)
- clozapine (Clozaril)
- lurasidone (Latuda)
- olanzapine (Zyprexa)
- palipéridone (Invega)
- quétiapine (Seroquel)
- rispéridone (Risperdal)
- ziprasidone (Zeldox)

La clozapine, un antipsychotique atypique, se distingue par le fait qu'elle est souvent efficace là où d'autres antipsychotiques n'ont pas donné de résultats satisfaisants ; toutefois, comme elle nécessite une surveillance du nombre des globules blancs, on évite de la prescrire en première intention.

MÉDICAMENTS EMPLOYÉS POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DE L'USAGE DE SUBSTANCES

Ces médicaments aident à gérer les symptômes de sevrage, à réduire les envies irrépessibles et à maintenir l'abstinence à long terme. Certains sont destinés à un usage à court terme, tandis que d'autres sont prescrits pour des périodes plus longues. Le choix de la classe de médicaments dépend de la substance psychoactive qui fait l'objet de la dépendance.

Le trouble de l'usage de l'alcool

Parmi les médicaments prescrits pour réduire le risque de rechute figurent la naltrexone (Revia), qui atténue l'envie de boire et bloque les récepteurs impliqués dans les effets gratifiants de la consommation d'alcool, ainsi que l'acamprosate (Campral), qui réduit l'hyperexcitabilité neuronale (c'est-à-dire la probabilité d'activation des neurones par un certain stimulus). Le disulfirame (Antabuse), en revanche, réduit le risque de rechute en provoquant des effets désagréables, tels que des nausées, des vomissements et des maux de tête en cas de consommation d'alcool pendant le traitement.

Le trouble d'usage d'opioïdes

Pour traiter un trouble d'usage d'opioïdes modéré ou sévère, on privilégie le traitement par un agoniste opioïde, associé à un accompagnement comportemental et social visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex. problèmes liés à la situation d'emploi et au logement et difficulté d'accès aux services de santé) ainsi que sur d'autres facteurs psychosociaux (p. ex. pression de conformité, stress, messages véhiculés par les médias) qui influent sur la consommation de substances et la qualité de vie. Parmi les agonistes opioïdes figurent la buprénorphine-naloxone (Suboxone), la méthadone et la morphine orale à libération prolongée (srom). Ces médicaments soulagent les symptômes de sevrage et les envies irrépressibles et il a été démontré qu'ils réduisaient le risque de surdose et de décès. La naloxone est un traitement d'urgence qui neutralise rapidement les effets d'une surdose d'opioïdes.

Le trouble d'usage de tabac

Le traitement repose généralement sur l'association de la pharmacothérapie à des thérapies comportementales visant à atténuer l'envie de fumer, à gérer les symptômes de sevrage et à prévenir la rechute. La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), qui apporte une faible dose de nicotine sans les substances chimiques nocives présentes dans la fumée de tabac, aide à réduire les

symptômes de sevrage et l'envie de fumer. Le bupropion (Zyban) aide à réduire la dépendance à la nicotine et les symptômes de sevrage ; il peut être associé à une TRN et il est particulièrement indiqué pour les personnes aux prises avec une dépression, car il agit également sur les symptômes dépressifs. La varénicline (Champix) procure un léger effet de substitution nicotinique tout en minimisant l'effet euphorisant du tabagisme.

Les médicaments jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des symptômes des troubles mentaux, tout en favorisant le rétablissement des personnes aux prises avec des troubles de l'usage de substances. Pour obtenir les meilleurs résultats possibles, il faut établir un protocole de traitement personnalisé, consulter régulièrement l'équipe soignante, faire un suivi continu des effets secondaires et adapter le protocole de traitement, si besoin est. Si la personne a des questions ou des inquiétudes au sujet de ses médicaments, il doit s'adresser à son équipe soignante, qui est là pour l'aider.

EFFETS SECONDAIRES

Les médicaments peuvent entraîner des effets secondaires désagréables : nausées, constipation, diarrhée, insomnies et prise de poids, par exemple. De nombreux effets secondaires s'atténuent avec le temps. S'ils persistent, il convient d'en parler avec le médecin ou le pharmacien. Ils pourraient recommander une modification de la posologie ou un autre médicament pour réduire ces effets secondaires ou les éviter. Rappelons que la consommation de substances psychoactives pourrait interférer avec les effets thérapeutiques des médicaments.

La prise de certains médicaments nécessite des analyses sanguines régulières pour mesurer leur concentration dans le sang et surveiller leur effet sur les organes.

Quand on prend les précautions nécessaires, le risque de complications graves liées aux médicaments est généralement moindre que les risques encourus en l'absence de traitement des problèmes d'usage de substances ou de santé mentale.

6 Le rétablissement et la prévention de la rechute

« Je me suis rendu à CAMH il y a six ans, à un moment où j'avais touché le fond et où je me sentais totalement impuissant et démuni face à mon double problème de dépendance et de santé mentale qui prenait des proportions alarmantes. Suite à diverses thérapies comportementales et médicales et à des programmes de soutien par les pairs (pour qui j'ai une reconnaissance éternelle), j'ai fini par acquérir des compétences de vie qui m'ont donné le courage de me lancer dans un parcours de transformation. La transition ne se fait pas du jour au lendemain, mais chaque pas dans la direction recommandée aide à se rapprocher de ses objectifs. Alors, croyez en vous-même, faites confiance à votre équipe soignante et surtout, faites l'effort nécessaire. Un jour, vous verrez la magie opérer, vous serez sauvés du désespoir et vous déborderez de confiance en vous. À vous de vous diriger vers la lumière éclatante au bout du tunnel, qui vous révélera la personne que vous pouvez devenir! ».

— Rohan (ancien patient de CAMH)

Les personnes qui ont des troubles concomitants se sentent souvent dépassées. Elles ont l'impression que leur vie ne s'améliorera jamais et elles se sentent incapables de faire tout ce qu'elles faisaient auparavant.

Ça se comprend. Mais en se concentrant uniquement sur le négatif, on risque de se décourager. En revanche, en considérant le rétablissement comme un parcours composé de nombreuses petites étapes réalisables, on peut retrouver espoir, ce qui incite à faire tout son possible pour améliorer les choses.

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR RÉTABLISSEMENT ?

Pour chaque personne aux prises avec des problèmes de santé mentale ou d'usage de substances, le rétablissement est un parcours unique. Se rétablir, c'est mener une vie épanouissante, se sentir utile et avoir foi en l'avenir, même en présence de limitations persistantes liées aux troubles concomitants. On pense souvent que les gens ne vont bien que quand ils n'ont aucun symptôme, alors que ce qui compte, c'est de se sentir bien dans sa peau plutôt que de ne plus avoir de symptômes ou d'être « guéri·e ».

QUE SIGNIFIE L'EXPRESSION « ÊTRE EN VOIE DE RÉTABLISSEMENT » ?

Chaque personne a sa propre façon de concevoir le rétablissement. Voici quelques objectifs courants de traitement :

- gérer les symptômes du problème de santé mentale ;
- réduire sa consommation de substances psychoactives ou y mettre fin ;
- réduire le risque de rechute ;
- améliorer sa vie professionnelle et sa vie sociale tout en ciblant les facteurs sociaux et environnementaux, pour trouver un mieux-être.

Beaucoup de gens évaluent leur rétablissement en fonction de leur capacité à atteindre ces objectifs. Mais le rétablissement est bien plus que cela : c'est un parcours qui comporte des hauts et des bas et qui dépend autant de la motivation que du respect du protocole de traitement. Le parcours de rétablissement exige notamment que la personne :

- prenne confiance en elle-même ;
- soit optimiste ;
- se fixe des objectifs réalistes ;
- ait un sentiment d'appartenance ;
- se constitue ou entretienne un bon réseau de soutien ;
- apporte des changements à son style de vie, notamment sur les plans du logement et de l'emploi.

Une personne en voie de rétablissement peut continuer à présenter des symptômes. Il faut savoir que le parcours de rétablissement prend du temps et que sa durée diffère selon les besoins individuels.

QUELS SONT LES FACTEURS CLÉS DU RÉTABLISSEMENT ?

De nombreux facteurs peuvent favoriser le rétablissement, dont voici les principaux (Leamy et coll., 2011) :

- **le sentiment d'appartenance** – un sentiment issu du fait de bénéficier de différentes formes de soutien (p. ex. soutien familial, soutien d'un·e ou de plusieurs professionnels, soutien de pairs, soutien au sein de groupes sociaux, soutien communautaire) ;
- **l'optimisme** – la conviction que le rétablissement est possible. Cette conviction se manifeste par la motivation à l'égard du changement, une attitude positive, la focalisation sur les progrès et le fait de nourrir des aspirations ;

- **quête identitaire** – le fait de retrouver son estime de soi dans le contexte d'un problème de santé mentale ou d'usage de substances ;
- **quête de sens** – la volonté de donner un sens à sa vie ;
- **autonomisation** – le sentiment accru de maîtriser sa propre vie, en misant sur ses ressources intérieures et en assumant ses responsabilités.

L'USAGE DE SUBSTANCES ET LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

En matière d'usage de substances, les objectifs diffèrent d'une personne à l'autre. Un objectif courant est l'abstinence. Un autre objectif est la réduction de la consommation, qui peut faire intervenir une stratégie de réduction des méfaits.

La stratégie de réduction des méfaits vise à minimiser les répercussions de l'usage de substances sur les plans sanitaire, social, judiciaire et pénal. Elle met l'accent sur le changement positif et les droits de la personne, et cherche à éviter la stigmatisation, la discrimination et la contrainte. Les personnes peuvent continuer à consommer des substances psychoactives tout en profitant des conseils de leur équipe de soins quant aux moyens de minimiser les risques pour leur santé.

À titre d'exemple, si une personne n'est pas prête ou disposée à cesser de s'injecter des substances psychoactives, on peut minimiser les risques en lui fournissant du matériel stérile, en lui proposant de tester les substances et en lui parlant des pratiques sécuritaires (p. ex. consommer en compagnie d'autres personnes ou se limiter à une faible dose pour le premier essai d'une substance).

Voici quelques exemples de stratégies de réduction des dommages :

- lieux de consommation sécurisés ;
- traitement par agonistes opioïdes (p. ex. méthadone, buprénorphine) ;
- trousses de naloxone ;
- analyse des substances psychoactives ;
- consommation d'eau accompagnant la consommation d'alcool ;
- conductrice ou conducteur désigné·e ;
- seringues, aiguilles, compresses et autres fournitures médicales stériles.

À PROPOS DES RECHUTES

Dans leurs formes les plus graves, les troubles mentaux et les comportements de dépendance sont chroniques et récurrents, ce qui signifie que même après avoir suivi un traitement, les clients peuvent faire une rechute et voir leurs symptômes réapparaître.

Dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, le parcours de rétablissement est souvent ponctué de rechutes, ce qui ne constitue pas une raison d'interrompre le traitement. Si une personne suit un traitement pharmacologique pour un trouble de santé mentale, il est recommandé qu'elle continue à prendre ses médicaments. Si elle se remet à consommer des substances ou qu'elle adopte d'autres comportements de dépendance, elle devrait recourir aux stratégies qui l'ont déjà aidée en pareille situation.

Il est important de reconnaître les épisodes de rechute et d'en discuter. Les rechutes peuvent être considérées comme une occasion d'apprendre, de revoir le protocole de traitement et de mettre en place un nouveau plan d'action.

Les personnes qui font une rechute n'ont pas nécessairement besoin de soins médicaux intensifs. Une réévaluation attentive et bienveillante permettra de déterminer les mesures à prendre. La gestion de la rechute peut se faire par le biais d'un réexamen de la pharmacothérapie, d'une thérapie individuelle ou de groupe, ou encore d'un soutien parallèle bien adapté.

PRÉVENIR LA RECHUTE ET PROMOUVOIR LE MIEUX-ÊTRE

Voici quelques conseils à l'usage des clients pour les aider à prévenir ou réduire le risque de rechute et à adopter une bonne hygiène de vie.

1. **Informez-vous bien sur les troubles concomitants.** Posez des questions à votre fournisseur de soins au sujet de vos problèmes et des traitements existants, et demandez à votre équipe soignante de vous recommander des ressources pour approfondir vos connaissances.
2. **Tenez-vous à votre protocole de traitement pour la gestion des deux problèmes.** Cela implique notamment :
 - de prendre vos médicaments comme prescrits. Parlez à votre prestataire de soins si vous envisagez d'arrêter le traitement ou de réduire la posologie.
 - d'éviter les situations ou les personnes susceptibles de vous inciter à consommer des substances, et de ne pas manquer de séances de traitement.
3. **Adoptez une bonne hygiène de vie.** Nourrissez-vous bien, ayez de bonnes habitudes de sommeil et faites de l'exercice. La pratique régulière d'une activité physique a un effet bénéfique sur l'humeur. Essayez d'adopter un rythme de vie régulier en prévoyant des activités le soir et en fin de semaine. Appuyez-vous sur votre foi, votre religion ou vos pratiques culturelles de guérison pour favoriser votre rétablissement.

4. **Cherchez des moyens salutaires de gérer le stress.** Bien des gens n'ont qu'une seule stratégie pour faire face au stress. Demandez à votre équipe soignante de vous aider à trouver des stratégies efficaces pour gérer le stress quotidien. Voici quelques exemples : exercices de pleine conscience, de méditation ou d'auto-apaisement, pratique d'activités motivantes, entretien de relations étroites avec des amis ou des parents sur qui vous pouvez compter, etc.
5. **Constituez-vous un cercle de soutien composé de membres de votre famille, d'amis et de pairs.** Un réseau social solide est une source de soutien importante. Vous pouvez entretenir et développer ce réseau pour vous protéger des situations stressantes. Vos amis ou votre famille peuvent repérer les symptômes de troubles mentaux ou les situations qui vous poussent à consommer des substances et ils peuvent vous aider à trouver de l'aide si nécessaire. Il arrive que le cercle de soutien existant n'apporte pas exactement l'aide recherchée. Dans ce cas, essayez d'élargir ce cercle.
6. **Prêtez attention aux signes indiquant des problèmes de santé mentale ou une forte envie de consommer des substances psychoactives, et demandez de l'aide si vous en avez besoin.** Essayez de prêter attention aux signes annonciateurs d'une rechute – qu'il s'agisse du problème de santé mentale ou de la dépendance. En vous adressant à un professionnel à ce stade, vous pourriez éviter la rechute ou, tout au moins, minimiser son impact.
7. **Essayez de trouver un juste équilibre entre les différents aspects de votre vie.** Évitez de vous focaliser sur un seul aspect. Il est recommandé de répartir son temps entre :
 - le travail/les études/le bénévolat ;
 - la famille ;
 - les ami·e·s ;
 - les loisirs.

En menant une vie équilibrée et épanouissante, vous serez mieux à même de gérer le stress et de réduire votre risque de rechute.

8. **Gardez à l'esprit ce que vous devez faire pour rester en santé et pourquoi c'est important.** Pour cela, vous pourriez :

- placer dans votre portefeuille des photos des personnes qui vous sont chères ;
- tenir une liste des aspects positifs de votre vie.

Vous pourriez aussi avoir intérêt à garder sur vous une liste d'activités propices à votre rétablissement et de numéros de téléphone à composer en cas de crise.

7 Incidence des troubles concomitants sur les familles

QUAND UN ÊTRE CHER EST AUX PRISES AVEC DES TROUBLES CONCOMITANTS

Lorsqu'une personne a des troubles concomitants, cela occasionne beaucoup de stress pour les membres de sa famille, contraints de prendre en charge ses besoins fondamentaux, de coordonner ses traitements et de lui apporter un soutien financier.

Il est difficile d'accepter qu'un membre de la famille ait à la fois des problèmes de dépendance et des troubles de santé mentale. Certaines familles, qui ne remettent pas en question le premier diagnostic, considèrent que la dépendance de leur proche à des substances psychoactives relève simplement d'une « mauvaise » attitude. D'autres, au contraire, prêtes à accepter la dépendance, ont du mal à admettre que leur proche ait un trouble de santé mentale. Il y a des familles qui ont du mal à admettre que les troubles concomitants sont un problème de santé chronique et non un épisode de maladie dont on peut guérir, et d'autres qui peinent à comprendre qu'il est tout de même possible, dans ces circonstances, d'évoluer vers un mieux-être.

Les membres de la famille peuvent éprouver :

- de la culpabilité ;
- de la honte ;
- de la colère ;
- du chagrin ;
- de l'accablement ;
- de l'anxiété
- un sentiment de deuil.

Les familles peuvent avoir du mal à accepter le fait qu'il leur faut réexaminer les attentes qu'elles avaient à l'endroit de leur proche. Cela dit, elles ont un rôle essentiel à jouer dans le rétablissement. Si une personne qui a des troubles concomitants bénéficie du soutien et de la compréhension de sa famille, elle a de meilleures chances de se rétablir de façon durable.

Il serait utile que les membres de la famille apprennent à :

- bien communiquer ;
- offrir leur soutien lorsque c'est nécessaire ;
- savoir quand lâcher prise ;
- prendre soin d'eux-mêmes.

Il est possible que lors du traitement de leur proche, les membres de la famille se mettent eux aussi à envisager l'avenir avec optimisme, qu'ils réalisent combien les choses sont difficiles pour cette personne et qu'ils commencent à admirer son courage. Quand le traitement se déroule bien, il arrive souvent que les membres de sa famille éprouvent un sentiment de gratification personnelle.

COMMENT CONVAINCRE UN·E PROCHE DE RECOURIR À UNE AIDE PROFESSIONNELLE

Il n'est pas toujours facile de convaincre un·e membre de sa famille qu'elle ou il a besoin d'aide. Il se peut que cette personne soit tellement découragée qu'elle ne voie pas en quoi un traitement pourrait l'aider.

La meilleure chose à faire pour inciter un membre de sa famille à consulter est de faire preuve de compréhension, car il est souvent contre-productif de recourir à la contradiction ou à la contrainte : il vaut mieux tâter le terrain pour découvrir là où ses réticences à l'égard du changement sont les moins vives. Par exemple, il se pourrait que la personne évoque les effets néfastes de l'alcool sur son humeur. Vous pourriez alors aborder le sujet de sa consommation d'alcool en l'invitant à vous expliquer en quoi elle l'affecte. Ce type de discussion peut constituer un bon point de départ pour amener la personne à envisager de recourir à une aide professionnelle.

Une fois la personne prête à suivre un traitement, impliquez-vous activement. Vous pourriez notamment l'aider à :

- trouver des centres de traitement ;
- prendre rendez-vous ;
- l'accompagner à ce premier rendez-vous.

Avec l'accord de votre proche, vous pourriez également fournir à la ou au prestataire de soins des informations lui permettant de mieux comprendre la situation.

LES AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE DOIVENT PRENDRE SOIN D'EUX

Quand un proche se trouve dans un état grave, il est normal que les membres de sa famille s'inquiètent et soient stressés. Tout en continuant à faire face aux problèmes habituels de la vie de famille, ils doivent de surcroît passer du temps à reconforter la personne ou à lui venir en aide. En conséquence :

- ils s'aperçoivent que le temps qu'ils consacrent à leur proche remplace ou chamboule leurs activités courantes ;
- ils évitent les visites d'amis ou d'autres membres de la famille, car ils ignorent quelle sera leur réaction face à la personne aux prises avec des troubles concomitants ;
- ils finissent par perdre contact avec leur cercle d'amis et se retrouvent isolés.

Reconnaître les signes de stress

Les familles dont un membre est aux prises avec des troubles concomitants devraient apprendre à reconnaître les signes de stress dans leur propre vie. En effet, on met souvent beaucoup de temps à se rendre compte du degré d'épuisement engendré par la situation, tant sur le plan physique que sur le plan affectif. Le stress peut entraîner :

- des troubles du sommeil ;
- un état de fatigue permanente ;
- un laisser-aller sur le plan de l'hygiène de vie (p. ex. alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, absence de vie sociale, abandon des activités de loisirs) ;
- des problèmes de santé mentale et physique ;
- une irritabilité accrue.

Prendre conscience de ce qu'elles ressentent

Il est important que vous preniez conscience de ce que vous ressentez. En acceptant vos propres émotions, vous serez mieux à même d'aider la personne atteinte de troubles concomitants. Vous pourriez :

- vous sentir accablé·e face au fait que votre proche présente non seulement un problème de dépendance, mais aussi un problème de santé mentale ;
- ressentir de la colère pour ce qui est arrivé à votre proche et pour les lourdes répercussions que cela a sur votre vie à vous ;
- craindre ce que l'avenir vous réserve ;
- vous demander comment vous allez faire face ;
- vous demander si votre proche arrivera à s'en sortir ;
- vous sentir coupable, en vous disant que ça doit être de votre faute ;
- avoir l'impression d'avoir perdu l'être que vous aimiez, car vous ne reconnaissez pas son comportement.
- vous sentir stressé·e par les tâches supplémentaires que vous devez assumer ;
- éprouver du ressentiment face aux perturbations touchant votre cellule familiale.

Prendre soin de soi

Pour pouvoir aider la personne, il importe que vous preniez soin de votre propre santé physique et mentale. Voici quelques conseils à cet effet :

- déterminez vos limites ;
- établissez des limites raisonnables ;
- réservez-vous du temps pour vous ressourcer. Continuez de cultiver vos centres d'intérêt en dehors du cadre familial, indépendamment de la personne qui a des troubles concomitants ;
- déterminez à qui vous pourriez vous confier. Les gens ont souvent du mal à comprendre les problèmes d'usage de substances et de santé mentale ; confiez-vous uniquement aux personnes auprès de qui vous pourrez obtenir du soutien.
- reconnaissez et acceptez le fait que vous éprouverez parfois des sentiments négatifs face à la situation. Ces sentiments sont normaux et il n'y a pas lieu de vous culpabiliser.

- envisagez de recourir à des services de soutien, même si votre proche n'est pas en traitement. En vous informant sur les problèmes de votre proche et en prenant conscience de l'impact qu'ils ont sur votre vie, vous serez mieux à même de faire face à la situation. Les cliniques de santé mentale locales, les établissements de traitement des problèmes d'usage de substances et les hôpitaux proposent souvent des programmes d'auto-assistance ou de soutien aux familles.

Se préparer à la survenue d'une rechute ou d'une crise

Les familles évitent souvent d'aborder le sujet des rechutes ou des crises avec leur proche qui a des troubles concomitants. Elles craignent que le simple fait d'en parler ne provoque une crise ou ne perturbe leur proche. Elles espèrent peut-être aussi que la crise précédente était la dernière et que cela ne se reproduira plus.

Or, le meilleur moyen de faire face à une crise, voire d'éviter qu'une crise ne se produise, est de savoir comment gérer une telle situation. Tout en mettant l'accent sur le bien-être de votre proche, vous devriez vous préparer à l'éventualité d'une crise ou d'une rechute. Cela permettra d'apaiser les inquiétudes de la personne aux prises avec des troubles concomitants et celles du reste de la famille.

Une fois que votre proche qui a des troubles concomitants se sentira bien, planifiez ce qu'il y aura lieu de faire si les problèmes réapparaissent. Posez-lui questions suivantes :

- Pourriez-vous consulter ensemble un médecin ou un service de traitement pour parler des moyens de faire face à une crise éventuelle ?
- Est-ce que votre proche vous autorise par avance à communiquer avec son médecin ou son équipe soignante en cas de besoin ?
- Avez-vous le consentement de votre proche pour l'amener à l'hôpital en cas de crise ? Si oui, quel est l'hôpital de son choix ?

- Si votre proche tombe malade et n'est plus en mesure de décider du protocole de traitement à suivre, avez-vous son autorisation pour prendre cette décision à sa place ?
- Avec le consentement de votre proche, efforcez-vous d'établir une bonne relation avec un·e thérapeute ou clinicien·ne et prévoyez un plan d'intervention d'urgence en cas de crise.

Il serait bon de mettre sur papier les termes dont vous et votre proche avez convenu pour vous assurer qu'ils seront respectés.

CONSEILS POUR VENIR EN AIDE À UNE PERSONNE AUX PRISES AVEC DES TROUBLES CONCOMITANTS

1. **Renseignez-vous bien sur les causes, les signes et symptômes, et le traitement des problèmes de votre proche.** Cela vous aidera à bien comprendre sa situation et à l'accompagner dans son rétablissement.
2. **Reconnaissez vos propres sentiments et assumez-les.** Il est normal de ressentir des émotions contradictoires. En prenant conscience de ces émotions, vous pourrez mieux les gérer et mieux soutenir votre proche tout au long de son parcours de rétablissement.
3. **Insistez pour que votre proche respecte son protocole de traitement et se rende régulièrement à ses séances de traitement.** Si les médicaments ne sont pas efficaces ou si les effets secondaires sont trop désagréables, invitez votre proche à :
 - en parler à sa ou son médecin, à son infirmière ou infirmier, à sa ou son thérapeute ou à tout·e autre membre de son équipe soignante ;
 - en parler à un pharmacien ;
 - demander un deuxième avis médical.

Rappelons que l'effet des médicaments peut mettre plusieurs semaines à se manifester. En informant le médecin et l'équipe soignante de ce que vit la personne, on aide l'équipe à déterminer si le traitement et la posologie sont efficaces ou s'il convient de les modifier.

4. **Accompagnez votre proche à un rendez-vous pour faire part de vos observations.** Vous pourriez aussi aider votre proche à éviter les situations susceptibles de l'inciter à consommer des substances psychoactives.
5. **Apprenez à détecter les signes avant-coureurs d'actes auto-destructeurs ou du suicide.** Soyez sur vos gardes si votre proche :
 - éprouve un sentiment croissant de désespoir ;
 - règle ses affaires (p. ex. en planifiant sa succession, en mettant de l'ordre dans ses finances, en rédigeant son testament)
 - fait précéder ses propos de remarques du style « Quand je ne serai plus là... ».

Si votre proche parle d'attenter à son intégrité physique ou à ses jours, prenez ces menaces très au sérieux et recherchez de l'aide sur-le-champ. Au besoin, composez le 911. Aidez votre proche à se rendre compte que les actes autodestructeurs et les pensées suicidaires sont un symptôme de sa maladie. Rappelez-lui constamment la place qu'elle ou il a dans votre vie.

6. **Lorsque votre proche se sent bien, abordez la question de la prévention des crises et de la rechute.** Déterminez comment vous réagiriez dans les cas suivants :
 - rechute liée à l'usage de substances ;
 - épisode de problèmes de santé mentale ;
 - problèmes associés.

7. **N'oubliez pas vos propres besoins.** Vous devriez :
 - prendre soin de vous ;
 - maintenir votre propre réseau de soutien ;
 - éviter de vous isoler ;
 - envisager de suivre une thérapie ;
 - reconnaître les pressions exercées sur votre famille par la gestion des troubles concomitants ;
 - vous décharger de certaines responsabilités sur d'autres personnes, si possible ;
 - éviter de laisser les problèmes prendre le dessus sur votre vie familiale.
8. **Reconnaissez que le rétablissement est un parcours lent et graduel.** Suite à un épisode de maladie mentale ou une rechute, votre proche aura besoin de se rétablir à son rythme. Pour l'aider à y parvenir :
 - n'ayez pas d'attentes démesurées et n'essayez pas de précipiter son rétablissement ;
 - efforcez-vous de collaborer avec votre proche plutôt que de tout faire à sa place : cela l'aidera à retrouver progressivement sa confiance en soi.
9. **Considérez les troubles concomitants comme une maladie et non comme une faiblesse de caractère.** Traitez votre proche avec le même respect que vous accordez aux autres membres de votre famille, tout en restant à l'affût de signes éventuels de rechute. Si vous détectez des symptômes précoces, encouragez votre proche à en parler à sa ou son prestataire de soins.

QU'EN EST-IL DES PERSONNES QUI NE DISPOSENT QUE D'UN SOUTIEN FAMILIAL LIMITÉ ?

Il faut reconnaître que certaines personnes ne bénéficient que d'un soutien familial limité ou n'ont plus de contact avec les membres

de leur famille, et ce, pour diverses raisons. Chaque situation est unique, mais l'accès à un soutien social étant un élément essentiel du rétablissement, le fait de ne disposer que d'un soutien limité est un problème de taille quand on est aux prises avec des troubles concomitants. Les personnes qui sont dans cette situation devraient se constituer un réseau de soutien, tant pendant qu'après le traitement.

Heureusement, il existe de nombreux programmes et services axés sur les troubles concomitants, qui peuvent aider les personnes concernées à sortir de leur isolement, notamment en se joignant à des groupes de soutien, en découvrant des activités de loisirs et de détente, et en profitant d'autres formes de soutien communautaire. Parmi les groupes communautaires, on peut citer les groupes d'entraide, les communautés religieuses, les clubs sociaux, les centres communautaires, les centres culturels et les groupes d'intérêt. L'élargissement du réseau de soutien joue un rôle essentiel dans le parcours de rétablissement.

8 Comment expliquer les troubles concomitants aux enfants

Il n'est pas facile d'expliquer un problème de santé mentale ou de consommation de substances aux enfants. Pour protéger leurs enfants, certains parents préfèrent garder le silence et essayer de maintenir le train de vie familial comme si de rien n'était. Cette stratégie peut fonctionner pour un temps, mais à long terme, les enfants risquent de se sentir déstabilisés face au changement de comportement de leurs parents.

Les enfants sont sensibles et intuitifs. Ils remarquent rapidement un changement de comportement dans la famille, surtout s'il touche leur père ou leur mère. Si on évite de parler du problème, les enfants tireront leurs propres conclusions, souvent erronées.

Les jeunes enfants, surtout ceux d'âge préscolaire ou ceux qui vont à l'école primaire, ont souvent l'impression d'être le centre du monde. Si quelque chose ne va pas, ils croient que c'est de leur faute. Prenons l'exemple d'un enfant qui brise accidentellement

un objet de valeur. Si le lendemain, son père semble déprimé, l'enfant risque de penser que c'est à cause de lui, parce qu'il a cassé cet objet.

QUE RÉVÉLER AUX ENFANTS ?

Les enfants ont besoin qu'on leur explique les choses. Donnez à votre enfant toutes les informations qu'elle ou il est capable de comprendre.

Enfants en bas âge et enfants d'âge préscolaire

Avec ces enfants, on doit employer des phrases courtes et des mots faciles à comprendre. Ils ont besoin d'informations concrètes. Il est recommandé de s'en tenir à des explications simples, puis d'essayer de faire en sorte que la vie de l'enfant reste aussi normale que possible. Après avoir expliqué la situation, vous pourriez réconforter l'enfant en organisant une activité spéciale pour lui faire plaisir.

Enfants d'âge scolaire

Ces enfants peuvent assimiler davantage d'informations que les plus jeunes. Cependant, les explications détaillées sur les médicaments et les traitements risquent de leur échapper.

Adolescents

Les adolescents comprennent généralement la plupart des informations. Ils ont besoin de parler de ce qu'ils pensent et de ce qu'ils ressentent. Ces jeunes se soucient beaucoup de ce que les autres, en particulier leurs camarades, pensent d'eux et de leur famille. Votre fille ou fils pourrait vous poser des questions sur l'hérédité. Elle ou il pourrait aussi se demander ce qu'il convient de révéler aux autres, en raison de la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale ou d'usage de substances. En informant un·e adolescent·e, on l'encourage à s'exprimer.

QUE DIRE AUX ENFANTS ?

Il est bon d'expliquer trois choses aux enfants :

1. Leur père ou mère a une maladie appelée « troubles concomitants » et c'est pourquoi elle ou il se comporte comme ça. Les symptômes de cette maladie peuvent causer des changements d'humeur et de comportement imprévisibles.
2. Ce n'est pas la faute de l'enfant. Les enfants ont besoin qu'on les rassure et qu'on leur dise que l'humeur de leur mère/père (tristesse, colère, euphorie même) et la façon dont elle ou il agit n'a rien à voir avec leur comportement. Les enfants voient les choses de façon concrète : si leur père ou mère manifeste de la tristesse ou de la colère, il est fort possible qu'ils croient que c'est à cause d'eux et qu'ils se sentent coupables.
3. Ce n'est pas à l'enfant de rendre la santé à sa mère ou son père. Les enfants doivent savoir que c'est la responsabilité des adultes de la famille, du médecin et d'autres adultes. Et c'est aux adultes de la famille qu'il revient de prendre soin de sa mère ou de son père.

L'enfant a besoin d'être protégé·e des effets de la maladie qui affecte sa mère ou son père et c'est la responsabilité de l'autre parent (ou des autres membres de la famille) et d'autres adultes de confiance qu'il de lui offrir cette protection. Il est très pénible pour les enfants de voir leur mère ou leur père éprouver de la détresse ou du chagrin. Il serait bon que les enfants parlent à quelqu'un qui comprend la situation et qui peut les aider à comprendre leurs émotions et à les gérer.

À L'EXTÉRIEUR DU FOYER FAMILIAL

Beaucoup d'enfants sont effrayés par les changements qu'ils observent chez leur mère ou leur père aux prises avec des troubles concomitants. Les moments qu'ils passaient auparavant avec cette personne leur manquent. Il serait bon que les enfants aient des

activités à l'extérieur du foyer, notamment parce que cela peut leur permettre de découvrir des modèles de relations sociales harmonieuses. À mesure que la mère ou le père de l'enfant se rétablira, elle ou il recommencera sans doute graduellement à prendre part aux activités familiales. Cela l'aidera à renouer de bonnes relations avec l'enfant.

Les adultes de la famille devraient expliquer à l'enfant ce qu'il convient de dire aux personnes qui ne font pas partie de la famille. Le soutien des amis est important, mais il est difficile d'expliquer ce que sont les troubles concomitants et certaines familles craignent que :

- les gens ne comprennent pas la situation ;
- qu'ils se comportent de manière stigmatisante envers la personne qui a des troubles concomitants.

Chaque famille doit décider si elle souhaite se montrer ouverte ou rester discrète et déterminer les informations qu'elle est prête à révéler.

PENDANT LA MALADIE

Les enfants ont beaucoup d'énergie et ils sont bruyants. Or, les personnes aux prises avec des troubles concomitants peuvent avoir du mal à tolérer le bruit que font les enfants et leur comportement. Les adultes de la famille doivent veiller à éviter à la personne malade les situations qui pourraient l'irriter et l'amener à se montrer brusque avec les enfants. Il faudra peut-être demander aux enfants d'aller jouer à l'extérieur ou faire en sorte que la personne puisse se reposer au calme durant une partie de la journée.

PENDANT LA PÉRIODE DE RÉTABLISSEMENT

À un certain point de son parcours de rétablissement, la personne qui était malade pourra expliquer son comportement aux enfants. Il serait bon qu'elle planifie des sorties spéciales afin de renouer de bonnes relations avec eux. La personne devrait montrer aux enfants qu'elle est de nouveau disponible et prête à s'investir dans leur vie.

Quelques mots d'encouragement pour conclure

Nous espérons que la lecture de ce guide d'information vous aura été utile et que vous vous y référerez à l'avenir. Cela dit, il ne serait pas étonnant que vous vous posiez encore certaines questions.

La situation familiale de chacun étant unique, vous pourriez maintenant envisager de passer à l'étape suivante en vous adressant directement à des services professionnels pour poser vos questions restantes. Si quelque chose vous en empêche – par exemple, la crainte d'être jugé·e –, nous tenons à ce que vous sachiez que vous méritez toute l'aide que vous pouvez obtenir. Ne vous enfermez pas dans le silence par peur de la stigmatisation. Choisissez une ressource ou une stratégie que vous avez trouvée dans ce guide et qui vous semble intéressante, et explorez-la pour voir si elle vous conviendrait.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2015a.

La maladie mentale. www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladie-mentale.html.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2015b.

Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.677593/publication.html>.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2020.

La schizophrénie au Canada, Gouvernement du Canada. www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/schizophrenie-canada.html.

CHAN, Ya-Fen, Michael L. DENNIS et Rodney R. FUNK. 2008.

« Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, n° 1, p. 14-24. DOI: [10.1016/j.jsat.2006.12.031](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.12.031).

COOPER, Gerry, et Kim A. CALDERWOOD. 2004. « Concurrent disorders », dans HARRISON, Susan, et Virginia CARVER :

Alcohol and drug problems: A practical guide for counsellors, 3^e éd., p. 583-604. Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

DAVIS, Lori, Akihito UEZATO, Jason M. NEWELL et Elizabeth

FRAZIER. 20028. « Major depression and comorbid substance use disorders », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 21, n° 1, p. 14-18. DOI : [10.1097/YCO.0b013e3282f32408](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f32408)

GRUNZE, Heinz, Martin SCHAEFER, Harald SCHERK, Christoph BORN et Ulrich W. PREUSS. 2021. « Comorbid bipolar and alcohol use disorder: A therapeutic challenge », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12. DOI: [10.3389/fpsyt.2021.660432/full](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.660432/full).

HARRIS, Katherine M. et Mark J. EDLUND. 2005. « Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders », *Psychiatric Services*, vol. 56, n 8, p. 954-959. DOI: [10.1176/appi.ps.56.8.954](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.8.954).

HUNT, Glenn E., Gin S. MALHI, Harry Man Xiong LAI et Michelle CLEARY. 2020. « Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, vol. 266, p. 288-304. DOI: [10.1016/j.jad.2020.01.141](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141).

KHAN, Saeeda. 2017. *Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada*, *Statistique Canada*, n° 82-003-X au catalogue. ISSN 1209-1375, Rapports sur la santé, vol. 28, n° 8, p. 3-9. www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf?st=fH6vocua.

KUTLU, Munir Gunes, Vinay PARIKH et Thomas J. GOULD. 2015. « Nicotine Addiction and Psychiatric Disorders », *International Review of Neurobiology*, vol. 124, p. 171-208. DOI: [10.1016/bs.irn.2015.08.004](https://doi.org/10.1016/bs.irn.2015.08.004).

LEAMY, Mary, Victoria BIRD, Clair Le BOUTILLIER, Julie WILLIAMS et Mike SLADE. 2011. « Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis », DOI: [10.1192/bjp.bp.110.083733](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733).

McHUGH, R. Kathryn. 2015. « Treatment of co-occurring anxiety disorders and substance use disorders », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 23, n° 2, p. 99-111 DOI: [10.1097/HRP.000000000000058](https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000058).

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS. 2024. *Psychosocial Treatments*. www.nami.org/treatments-and-approaches/psychosocial-treatments/

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS (NASMHPD) et NATIONAL ASSOCIATION OF STATE ALCOHOL AND DRUG ABUSE DIRECTORS (NASADAD). 2005. *The evolving conceptual framework for co-occurring mental health and substance use disorders: developing strategies for systems change*, Washington, D.C.

O'CONNELL, Maria J., Elizabeth H. FLANAGAN, Miriam E. DELPHIN-RITTMONM et Larry DAVIDSON. 2017. « Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support », *Journal of Mental Health*, vol. 29, n° 1, p. 6-11. DOI: [10.1080/09638237.2017.1294733](https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294733).

ONAEMO, Vivian N., Timothy O. FAWEHINMI et Carl D'ARCY. 2022. « Risk of suicide ideation in comorbid substance use disorder and major depression », *PLoS ONE*, vol. 17, n° 12, e0265287. DOI: [10.1371/journal.pone.0265287](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265287).

PELLETIER, Louise, Siobhan O'DONNELL, Louise McRAE et Jean GRENIER. 2017. « Le fardeau du trouble d'anxiété généralisée au Canada » *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratique*, vol. 37, n° 2, DOI: [10.24095/hpcdp.37.2.04f](https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.04f).

ROSENBERG, Linda. 2011. « Addressing trauma in mental health and substance use treatment », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 38, n° 4, p. 428-431. DOI: [10.1007/s11414-011-9256-9](https://doi.org/10.1007/s11414-011-9256-9).

RUSH, Brian, Karen URBANOSKI, Diego BASSANI, Saulo CASTEL, T. Cameron WILD, Carol STRIKE, Dennis KIMBERLEY et Julian SOMERS. 2008. « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, n° 12, p. 800-809. doi: <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>.

RUSH, Brian, Karen URBANOSKI, Diego G. BASSANI, Saulo CASTEL et T. Cameron WILD. 2010. « The epidemiology of co-occurring substance use and other mental disorders in Canada », dans CAIRNEY, John, et David L. STREINER : *Mental Disorder in Canada: An epidemiological perspective*, University of Toronto Press.

SANTÉ CANADA. 2022. *La maladie mentale pendant la pandémie : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) cycles 1, 2, et 3*, Gouvernement du Canada. <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/enquete-sante-mentale/>.

SELBY, Peter, Carolyn LEMSKY et Tim GODDEN. 2022. *Acquired brain injury, mental health & substance use: Partnering to support individuals with complex needs*, Toronto ABI Network. www.youtube.com/watch?v=4c2ct2DlAbo.

SKINNER, Wayne. 2005. *Treating Concurrent Disorders: A Guide for Counsellors*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).

SKINNER, Wayne J., Caroline P. O'GRADY, Christina BARTHA et Carol PARKER. 2010. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : Guide d'information*. Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). www.camh.ca/-/media/health-info-files/publications-french/concurrent-disorders-guide-fr.pdf.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). 2021. *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. PEP21-07-01-003, NSDUH Series H-56). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDUHFFRPDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFFRIPDFW102121.pdf

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). 2014a. *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/samhsa_trauma_concept_paper.pdf

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). 2014ab. « Trauma-Informed Care », dans le n° 57 de la série *Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP)*. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf

Ressources

Ligne de crise

- 9-8-8 : Ligne d'aide en cas de crise de suicide du Canada : <https://988.ca/fr>.

Ressources sur la santé mentale

- Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) : www.camh.ca/fr/
- Espace d'apprentissage RBC pour les patients et les familles : www.camh.ca/en/patients-and-families/programs-and-services/patient-and-family-learning-space
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) : <https://cmha.ca/fr>
- Site Internet sur la santé mentale : www.mentalhealth.com
- Dual Recovery Anonymous : <https://draonline.org>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) : www.samhsa.gov.
- MentalHealth.org (É.-U.) : www.mentalhealth.org.

Dépression

- Hope + Me : <https://hopeandme.org>
- Depression and Bipolar Support Alliance : www.dbsalliance.org

Anxiété

- Anxiety Canada : www.anxietycanada.com/fr

Schizophrénie

- Société canadienne de la schizophrénie : <https://schizophrenia.ca>

Troubles de l'alimentation

- National Eating Disorder Information Centre : <https://nedic.ca>.

Problèmes d'usage de substances

- Al-Anon : www.al-anon.org
- Alcooliques Anonymes : www.aa.org; <https://aa-quebec.org/>
- Narcotiques Anonymes : www.na.org; <https://naquebec.org/>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances :
<https://ccsa.ca/fr>

Guides de la série

La dépression

La psychose chez les femmes

La schizophrénie

La thérapie cognitivo-comportementale

La toxicomanie

Le double diagnostic

L'espoir et la guérison après un suicide

Le système ontarien de services psychiatriques médico-légaux

Le trouble bipolaire

Le trouble de la personnalité limite

Le trouble obsessionnel-compulsif

Les femmes, la violence et le traitement des traumatismes

Les troubles anxieux

Les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale

Il se peut que cette publication soit disponible dans d'autres supports. Pour tout renseignement sur les supports de substitution, pour commander ce livret, ou pour commander d'autres publications de CAMH, veuillez vous adresser au Service des publications de CAMH :

Sans frais : 1 800 661-1111

À Toronto : 416 595-6059

Courriel : publications@camh.ca

Cyberboutique : store.camh.ca



Ce guide s'adresse aux personnes qui ont à la fois un trouble d'usage de substances et des problèmes de santé mentale, ainsi qu'aux familles de ces personnes. Il est également destiné aux personnes qui cherchent des renseignements de base sur les troubles concomitants, leur traitement et leur prise en charge.

Le guide traite des symptômes, des choix de traitement, du rétablissement et de la prévention des rechutes, des stratégies de prévention et de l'établissement d'un plan d'action salulaire.

Pour tout renseignement sur les supports de substitution, pour commander ce livret, ou pour commander d'autres publications de CAMH, veuillez vous adresser au Service des publications de CAMH :

Sans frais : 1 800 661-1111
À Toronto : 416 595-6059
Courriel : publications@camh.ca
Cyberboutique : store.camh.ca

Site Web: www.camh.ca

Available in English.

camh

Un Centre collaborateur de l'Organisation panaméricaine
de la Santé et de l'Organisation mondiale de la Santé

ISBN 978-1-77114-475-9



7004/j07-2026/PMo40