Document generated on 07/02/2025 5:36 p.m.

Santé mentale au Québec

Psychose et toxicomanie : l'expérience de l'équipe de la Polyclinique Sainte-Anne

Pierre Rouillard and Marie-France Demers

Volume 26, Number 2, Fall 2001

Les doubles diagnostics

URI: https://id.erudit.org/iderudit/014526ar
DOI: https://doi.org/10.7202/014526ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Rouillard, P. & Demers, M.-F. (2001). Psychose et toxicomanie : l'expérience de l'équipe de la Polyclinique Sainte-Anne. *Santé mentale au Québec*, *26*(2), 62–91. https://doi.org/10.7202/014526ar

Article abstract

Psychosis and addiction:

the experience of the Polyclinique Sainte-Anne

This article's objective is to share the clinical experience acquired through the activities of the Substance abuse Group established within the framework of the program destined to people suffering from a first psychosis at the Polyclinique Sainte-Anne, an external clinic of the Centre Hospitalier Robert-Giffard. Inspired by an american program specifically designed for people with schizophrenia and a problem of addiction, this psychoeducation and skills training program's goal is to help participants develop the motivation to reduce or cease their use, to recognize high risk situations and develop the skills to avoid relapse and reduce the ill effects of substance abuse.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2001

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 2001, XXVI, 2, 62-91

Psychose et toxicomanie : l'expérience de l'équipe de la Polyclinique Sainte-Anne

Pierre Rouillard*
Marie-France Demers**

Cet article se veut un partage de l'expérience clinique acquise à travers les activités du Groupe abus de substance mis sur pied dans le cadre du programme pour les personnes atteintes d'une première psychose à la Polyclinique Sainte-Anne, une ressource externe du Centre hospitalier Robert-Giffard. Inspiré d'un programme américain s'adressant spécifiquement aux personnes atteintes d'une schizophrénie et présentant un problème d'abus de substances, ce programme de psychoéducation et d'entraînement aux habiletés a pour but d'aider les participants à développer leur motivation à réduire ou à cesser leur consommation, à reconnaître les situations à risque élevé et à développer des habiletés pour éviter les rechutes et réduire les méfaits reliés à l'abus de substances.

L'objectif du présent article est de témoigner de l'intégration d'un programme de psychoéducation et d'entraînement aux habiletés spécifique à l'abus de substances chez une clientèle atteinte d'une première psychose suivie dans un programme d'interventions cliniques spécialisées. Dans un contexte où, bien souvent, les prises en charge de la schizophrénie et de la toxicomanie se font dans des dispositifs différents, le partage de cette expérience clinique, d'un traitement conjoint et intégré des deux problèmatiques, permet d'en reconnaître les effets positifs et souligne les difficultés et les satisfactions rencontrées par les patients et par les intervenants. Cet article n'a pas la prétention d'un essai scientifique et constitue davantage un résumé intuitif des résultats plutôt qu'une analyse objective de mesures quantitatives. Ce premier bilan d'activités a permis l'identification de mesures de résultats à recueillir d'une façon plus systématique dans l'avenir pour le développement et l'essor du Groupe abus de substances à l'intérieur des activités cliniques de la Polyclinique Sainte-Anne.

* MD, Psychiatre clinicien spécialisé en toxicomanie, Département clinique de Psychiatrie, Centre hospitalier Robert-Giffard.

** Bpharm, MSc, Pharmacienne clinicienne, Département clinique de Pharmacie, Centre hospitalier Robert-Giffard, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard.

État des connaissances actuelles

Problématique

L'abus de substances chez les personnes atteintes de maladie mentale grave est un problème souvent mal connu et surtout mal documenté en clinique. Pourtant, la prévalence à vie d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives chez les personnes souffrant de schizophrénie s'élèverait à plus de 50 % (Mueser and Noordsky, 1996 ; Regier et al., 1990 ; Drake et al., 1991). On estime que la prévalence annuelle est de l'ordre de 33 % (Drake et al., 1989). Les personnes souffrant de schizophrénie ont six fois plus de risques de développer un trouble d'abus de substances que la population générale (Regier et al., 1990).

Cette utilisation excessive de substances a des conséquences sérieuses sur l'évolution de la maladie et son traitement. D'un point de vue pharmacodynamique, ces drogues tendent à augmenter l'activité dopaminergique et exercent des effets neurocognitifs négatifs (Drake et al., 1989 ; Bellack, 1992). En conséquence, elles peuvent aggraver les symptômes tels l'anxiété, l'insomnie, la paranoïa, l'absence d'autocritique et de jugement. Elles diminuent l'efficacité des antipsychotiques, augmentent les risques d'effets indésirables et contribuent à diminuer l'observance aux traitements (Drake et al., 1989). L'abus de substances est associé à une augmentation des risques de suicide dans la schizophrénie (Cohen et al., 1990). L'impact psychosocial de l'usage de substances est aussi non négligeable. Ziedonis et al. (1996) ont noté une augmentation des visites à l'urgence, de l'itinérance et des problèmes légaux. Des risques plus élevés de conflits familiaux et d'abus sexuels et physiques, particulièrement chez les femmes sont aussi reliés à l'abus de substances (Ziedonis et al., 2001).

Finalement, au niveau médical, on note un risque accru de malnutrition, de traumas et d'autres problèmes médicaux tels les maladies infectieuses (VIH, hépatites, etc.) transmises par le sang ou lors des relations sexuelles chez ces malades (Ferrando, 2001 ; Ziedonis et al., 1994). Haywood et al. (1995) ont montré que l'abus de substances, avec l'inobservance au traitement médicamenteux, constituent les plus importants prédicteurs de réhospitalisations chez les patients atteints de schizophrénie. Ces deux facteurs sont aussi liés à un risque accru de comportements violents. L'usage de substances peut donc faciliter une rechute de la psychose et nuire à la bonne évolution du traitement (Ziedonis et al., 2001).

Traitements

Les facteurs critiques pour favoriser l'abstinence ou un usage contrôlé dans la population générale sont la motivation, la capacité de contrôle dans les situations à risque élevé, les habiletés d'adaptation cognitives et comportementales et le support social (Nikkel, 1994 ; Bellack and DiClemente, 1999 ; Simoneau et al., 2000).

La plupart des études montrent que le traitement des patients toxicomanes avec une maladie mentale grave et persistante est plus efficace lorsque les deux problèmes sont traités de façon intégrée, c'est-à-dire en alliant le traitement intensif de la maladie mentale au traitement du problème d'abus de substance par la même équipe. (Drake et al., 1993 ; Mercier et Beaucage, 1997). À l'heure actuelle, il est important de noter qu'il existe peu d'études contrôlées évaluant l'impact d'interventions spécifiques pour cette population (Bennett, 2001).

Au-delà d'une intégration des services, des programmes efficaces de traitements des troubles psychiatriques et de toxicomanie peuvent aussi inclure un suivi intensif dans la communauté, des interventions familiales concertées, de l'hébergement adapté ainsi que de la réadaptation psychiatrique et occupationnelle (Drake and Mueser, 2000).

Approche pharmacologique

Le traitement de la schizophrénie passe inévitablement par l'approche pharmacologique, qu'il y ait ou non abus de substances. L'impact de l'abus de substances sur la réponse au traitement pharmacologique et l'évolution de la maladie est très peu documenté. Peu d'intérêt a été porté au potentiel d'interaction entre l'abus de substances et la réponse au traitement pharmacologique (Buckley et al., 1994 ; Dixon et al., 1990). Pourtant, plusieurs substances interagissent de façon complexe avec les symptômes et les problèmes associés à la schizophrénie (Bowers et al., 1990) ou encore avec les médicaments utilisés dans le traitement de cette maladie (Liberman and Bowers, 1990).

Il existe peu d'études bien menées ayant montré l'efficacité d'un traitement pharmacologique chez des patients schizophrènes aux prises avec un problème d'abus de substances. En fait, la plupart des essais pharmacologiques ont exclu les patients présentant un problème d'abus de substances (Mueser et al., 1990 ; APA, 1995). Ceux qui les ont considérés présentent plusieurs problèmes méthodologiques dont la variabilité des substances disponibles, le manque de spécification des critères diagnostiques, des entrevues non structurées, l'absence de groupe contrôle, le faible nombre de patients ainsi qu'une faible validité des auto-

questionnaires utilisés pour quantifier la consommation (Fowler et al., 1998 ; APA, 1995 ; Buckley, 1998).

Les antipsychotiques atypiques possèdent certaines caractéristiques intéressantes dont une incidence moindre d'effets extrapyramidaux, de dyskinésie tardive, un meilleur soulagement des symptômes négatifs affectifs et cognitifs (Buckley et al., 1994 ; Ziedonis, 1997 ; Lysaker et al., 1994) qui pourraient augmenter l'efficacité du traitement d'un patient schizophrène abusant de substances. Etonnamment, aucun antipsychotique atypique actuellement disponible sur le marché n'a fait l'objet d'une étude formelle ayant pour objectif principal la mesure de l'impact de son utilisation chez le patient schizophrène aux prises avec un problème d'abus de substances. Quelques données préliminaires laissent toutefois croire à une certaine efficacité des antipsychotiques atypiques, notamment la clozapine (Buckley, 1998).

D'autres agents ont fait l'objet d'évaluation anecdotique dans la prévention des rechutes de toxicomanies. Les benzodiazépines et la clonidine, des agents souvent utilisés pour soulager les effets de sevrage, représentent des mesures pharmacologiques utiles à court terme. Dans la phase de maintien, les antidépresseurs, en augmentant les niveaux sérotoninergiques centraux, pourraient favoriser l'abstinence. On a en effet remarqué des niveaux peu élevés de sérotonine chez les personnes souffrant de toxicomanie, particulièrement chez les alcooliques. La démonstration de l'efficacité des antidépresseurs dans cette indication demeure toutefois préliminaire chez des personnes atteintes de schizophrénie (Beauchamp et Duchesne, 2000).

La naltrexone, un antagoniste compétitif pur des récepteurs des opiacés, annihile les effets euphorisants de l'alcool via le blocage de la libération d'opiacés endogènes. L'observance au traitement constitue la principale barrière à une utilisation plus répandue de cet agent, qui par ailleurs, est très bien toléré (Beauchamp et Duchesne, 2000). Une publication récente (Volpicelli, 2001) décrit l'efficacité supérieure du naltrexone lorsque combiné à une approche motivationnelle. L'observance étant alors plus soutenue, on constate de meilleurs résultats (Méthode Brenda).

Thérapie motivationnelle

On définit la thérapie motivationnelle comme étant une intervention centrée sur le client ayant pour but de stimuler un changement de comportement en aidant ce dernier à explorer et résoudre l'ambivalence qu'il éprouve face à ces choix. La thérapie motivationnelle considère le patient comme autonome, responsable et capable de changer ses

comportements. Le client détermine ses objectifs de traitement puis est aidé par le thérapeute à mobiliser ses propres ressources pour passer d'un stade de motivation à un autre.

Des auteurs (Osher and Kofoed, 1989 ; Drake et al., 1993 ; McHugo et al., 1995) ont proposé quatre stades de changement : l'engagement (le client n'a pas de traitement pour sa toxicomanie), la persuasion (il n'est pas convaincu qu'il faut diminuer la consommation), le traitement actif et la prévention de rechute. Ces stades ressemblent à ceux décrits par Prochasha et DiClemente (Prochaska et al., 1992). Les modèles intégrés peuvent utiliser ce concept de stades de changement pour tracer les bases de stratégies d'intervention auprès d'une population atteinte d'un trouble psychiatrique et de toxicomanie (Miller and Rollnick, 1991 ; Prochaska et al., 1992).

L'approche motivationnelle adapte donc les stratégies d'interventions aux étapes de changement. En précontemplation, le client ne voit pas la nécessité de changer mais son entourage et/ou l'intervenant peuvent constater un problème. À l'étape de contemplation, le client est ambivalent, voit des avantages et des inconvénients à la consommation. Puis le client peut passer à l'étape de la préparation, où il décide de changer et d'explorer les moyens à prendre. C'est à partir de la phase de préparation que le traitement cognitif comportemental (habiletés sociales, habiletés d'adaptation, résolution de problèmes, prévention de la rechute) devient prépondérant. Lorsqu'il commence les changements, le client est dans la phase d'action. Le changement se réalise enfin. Le maintien de ce changement devient alors l'objectif visé, le risque de rechute demeurant toujours possible (Prochaska et al., 1992).

La motivation à cesser la consommation peut varier dans le temps et selon les produits consommés. Elle doit faire l'objet d'une révision constante dans le suivi du client (Ziedonis et al., 1996). Le thérapeute doit aussi rechercher les facteurs motivants externes comme les pertes (conjoint, argent, hébergement, travail, emprisonnement) et les gains possibles (satisfaction conjugale, support financier) qui peuvent expliquer une modification de la motivation.

Approche cognitivo-comportementale

La schizophrénie est accompagnée de troubles cognitifs importants et de déficits dans la capacité à résoudre les problèmes qui peuvent interférer avec la participation, l'apprentissage et l'utilisation de stratégies auto-dirigées de changements comportementaux (Bennett, 2001). Les patients atteints de schizophrénie peuvent souffrir de déficits neurocognitifs et sociaux rendant difficile l'application des stratégies de trai-

tement prouvées efficaces chez les populations moins malades (Bellack et Gearson, 1998). Par exemple, l'anergie et l'anhédonie dont souffrent la plupart des patients rendent très difficile l'augmentation et le maintien de la motivation à changer. Ziedonis et Trudeau (1997) ont trouvé, selon la substance abusée, qu'entre 41 % (opiacés) et 60 % (cannabis) des deux cent vingt-quatre (224) patients souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif avaient peu de motivation à diminuer leur consommation. Malgré une consommation élevée, seulement 52 % des patients étaient en traitement pour leur toxicomanie (Ziedonis et Trudeau, 1997).

Les personnes atteintes de schizophrénie ont des déficits d'habiletés sociales importantes, particulièrement dans leur capacité à entretenir une conversation, à s'affirmer ou encore à résoudre des conflits. Ces personnes ont beaucoup de difficultés à résister aux pressions sociales de consommation et à tisser un réseau social de non-consommateurs (Bennett, 2001).

La thérapie de groupe constitue donc une modalité de traitement importante en toxicomanie. Le groupe permet de diminuer l'isolement, de trouver de nouvelles façons de s'exprimer et de développer des habiletés sociales. Cette formule est aussi la plus économique (Mueser et Noordsy, 1996 ; Roberts et Ogborne, 1999). Dans les groupes d'éducation et de support, on évite la confrontation directe, on aide les patients à comprendre l'effet de leur consommation sur leurs troubles psychiatriques et on favorise la reconnaissance des conséquences négatives qui en découlent (Mueser and Noordsy, 1996). Les groupes d'apprentissage des habiletés sociales peuvent aider les patients à développer de nouvelles compétences pour contrecarrer les déficits inhérents à la schizophrénie (Mueser and Noordsy, 1996 ; Beck et al., 1993).

Traitement par entente de comportements

Le traitement par entente de comportements (*contingency treatment*) est une technique thérapeutique de renforcement des comportements sains et appropriés dans le but d'augmenter leur fréquence. Plusieurs formes de traitement par entente de comportements sont reconnues efficaces et favorisent une modification des comportements chez les personnes atteintes de schizophrénie, particulièrement en ce qui a trait aux habiletés de vie quotidienne des patients non-hospitalisés (Liberman, 1986). De nombreuses recherches fondamentales supportent l'hypothèse voulant que l'abus de substances soit une forme de comportement opérant, maintenu en partie par les effets de renforcement des drogues (Higgins, 1996). Des renforcements autres pourraient diminuer la consommation. Pour être efficaces, ces renforcements alternatifs à

l'usage de substances doivent être accessibles, d'un intérêt suffisant et disponibles selon un horaire compatible avec le moment usuel d'abus de substances. Ces renforcements peuvent être de l'argent, un bien, un service ou prendre la forme de bons d'échange (Higgins, 1997). Les patients reçoivent alors ces bons seulement si les dépistages urinaires sont négatifs. Ces bons sont échangeables pour des biens ou des services compatibles avec un style de vie exempt de drogues. La valeur de ces bons augmente à chaque test d'urine négatif et revient à la valeur initiale lors d'un test de dépistage positif (Bigelow et al., 1998).

En toxicomanie, de telles techniques de traitement par entente de comportements sont reconnues comme étant efficaces (Higgins et Silverman, 1999). Elles accroissent la motivation chez les toxicomanes, retiennent les clients en traitement, contribuent à promouvoir l'abstinence et encouragent des comportements appropriés (Petry, 2000). L'efficacité de ces techniques a été démontrée pour contrer les abus de benzodiazépines (Stitzer et al., 1979), de cocaïne (Higgins et al., 1993 ; Higgins et al., 1994), de nicotine et d'opiacés (Stitzer et al., 1993).

Chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave, ce type de traitement par entente de comportements a aussi fait l'objet d'évaluation. Ainsi, Milby et al. (2000) ont démontré l'efficacité de mesures d'hébergement et de travail récompensant l'abstinence à la cocaïne et la participation quotidienne (4 heure/jour) à un groupe de traitement comportemental chez cent dix (110) itinérants atteints d'un trouble psychiatrique (majoritairement non psychotique) (Milby et al., 2000). Des séries de cas décrivent aussi l'efficacité de telles techniques chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Carey et al. ont augmenté la participation de cinquante-trois (53) patients aux activités d'un centre de jour (participation minimale de 15 heures sur une possibilité de 39 heures) en leur proposant des coupons de restaurant à la fin de la semaine (Carey et Carey, 1990). Peniston et al. (1988) ont observé, quant à eux, une réduction de la consommation d'alcool chez huit (8) patients hospitalisés atteints de schizophrénie chronique, encouragés par des privilèges de sorties lorsque sobres. Cette réduction persistait après six et douze mois de maintien de la mesure de traitement par entente de comportement. Shaner et al. (1997) décrivent une diminution de 75 % de la consommation de cocaïne chez deux itinérants dépendants et atteints de schizophrénie qui recevaient $25 par semaine à l'obtention d'un test de dépistage négatif. La démonstration de l'efficacité de traitement par entente de comportements pour la toxicomanie demeure toutefois préliminaire chez la population atteinte de schizophrénie.

On rattache au traitement par entente de comportements la thérapie de l'appui communautaire (*community reinforcement approach, CRA*). Cette approche comprend des renforcements sociaux (emplois, nouvelles activités sociales et de loisirs, amélioration de la qualité de vie, amélioration de la relation de couple) et a été efficace dans le traitement de l'alcoolisme (Meyers et Smith, 1995). Elle s'est avérée efficace comme thérapie externe intensive dans le traitement de la dépendance à la cocaïne lorsque couplée avec des bons d'échange à l'obtention de tests urinaires négatifs pour la cocaïne (Higgins et al., 1993 ; Higgins et al., 1995).

Description de l'expérience du Groupe abus de substances de la Polyclinique Sainte-Anne

Milieu de traitement

Le Centre hospitalier Robert-Giffard a mis sur pied en 1997, une clinique de psychiatrie spécialisée dans le dépistage et le traitement précoce des personnes en début d'évolution de psychose, la Polyclinique Sainte-Anne. Cette clinique est située au cœur du Vieux-Québec. Il s'agit d'une ressource régionale où s'applique un programme clinique « Services cliniques pour les personnes en début d'évolution de psychose, les proches et les intervenants du réseau » (Polyclinique Sainte-Anne, 1999). Quinze personnes y travaillent en équipe multidisciplinaire dont trois psychiatres, deux infirmières, deux travailleuses sociales, deux pharmaciennes, une neuropsychologue et une ergothérapeute. Plusieurs étudiants gradués de diverses disciplines viennent y parfaire leur formation. La clinique a dispensé des soins à plus de trois cent cinquante personnes depuis son ouverture en septembre 1997, ce qui constitue la grande majorité des nouveaux cas de schizophrénie de la région. Parmi les particularités du programme, on note l'intégration d'une approche familiale dans le modèle de soins, comprenant trois phases soient l'alliance avec le système familial, le partage des connaissances sur la maladie et l'apprentissage de stratégies d'adaptation (Gosselin et al., 2000). Le caractère novateur de ce protocole d'intervention familiale provient de la combinaison du modèle de Falloon et al. (1982) et celui de Anderson et al. (1986) ainsi que des critiques de Cozolino et al. (1988) et de Tarrier et al. (1989). Le séjour d'un patient au sein d'un programme est habituellement limité dans le temps, d'une durée d'environ dix-huit à vingt-quatre mois. L'évaluation constitue la phase initiale qui est suivie d'un traitement intensif et d'une phase de réadaptation. Lors de cette dernière phase, le client est référé à une ressource de relais, le traitement intensif de la psychose étant complété. Les psychia-

tres de la clinique ont également la responsabilité du traitement hospitalier lorsque la situation clinique nécessite une hospitalisation. À la fin du suivi, l'équipe de la Polyclinique Sainte-Anne demeure présente comme référants, au besoin. La Polyclinique Sainte-Anne est une ressource affiliée au Centre de recherche Université-Laval-Robert-Giffard. Il s'y réalise de nombreuses activités cliniques, d'enseignement et de recherche. Il s'agit donc d'un milieu où foisonne l'éclosion de nouvelles initiatives tel le Groupe abus de substances.

Modèle de thérapie

Le modèle thérapeutique de psychoéducation et d'entraînement aux habiletés privilégié dans le Groupe abus de substances est inspiré d'un programme américain « *Overcoming addictions : skills training for people with schizophrenia* » (Roberts et al., 1999). Ce programme possède de nombreuses similitudes avec l'approche développée par le groupe de Liberman (1986), « *Rehabilitation Research and Training Center in Mental Illness* » dont certains modules ont été traduits en français (par exemple, « Programme de réadaptation à une vie sociale autonome ») (Liberman, 1986, version française).

Il s'agit d'un modèle favorisant une approche comportementale d'entraînement à des habiletés sociales utiles à la fois pour maîtriser les symptômes de la schizophrénie, se rétablir de la toxicomanie et jouir davantage de la vie. L'objectif principal du modèle est la reconnaissance des situations à risque élevé de rechute et la gestion efficace de telles situations. Le contenu s'apparente à plusieurs autres modèles sur la prévention de la rechute (Annis et al., 1996 ; Zackon et al., 1993). Le programme est constitué de huit modules éducatifs et de neuf modules pratiques favorisant le développement de certaines habiletés sociales. Cette approche favorise l'abstinence mais est compatible avec une approche de réduction des méfaits. Le modèle intègre une approche motivationnelle dans sa première phase.

Identification des sujets

Dans la phase d'évaluation du patient, les intervenants de la Polyclinique Sainte-Anne (tant le psychiatre que les autres intervenants) identifient les sujets aux prises avec un problème d'abus de substance et les réfèrent, selon le cas, au psychiatre spécialisé en toxicomanie. Ce dernier procède alors à une première évaluation individuelle puis le patient est invité à participer au Groupe abus de substances. Pour favoriser le recrutement initial des participants, les intervenants référants insistent sur certaines caractéristiques du Groupe comme le caractère ouvert et

peu confrontant des activités ainsi que le niveau limité d'implication affective nécessaire à la participation. Le Groupe abus de substances se réunit une fois par semaine, lors d'une séance d'une heure, en après-midi.

Caractéristiques des sujets

Trente six (36) sujets de la Polyclinique Sainte-Anne ont participé au groupe abus de substance entre le 4 novembre 1998 et le 18 décembre 2000. Les tableaux 1 et 2 décrivent les diagnostics psychiatriques et de toxicomanie tandis que le tableau 3 présente les caractéristiques démographiques des participants. Il s'agit d'une population jeune, majoritairement masculine, en début d'évolution de psychose, le plus souvent évoluant vers la schizophrénie, aux prises avec un problème d'abus de substances, surtout l'alcool et le cannabis, traitée avec un antipsychotique atypique dans la plupart des cas, parfois associé avec un antidépresseur et un anxiolytique.

Les diagnostics sont posés par le psychiatre traitant lors de la phase d'évaluation et sont appuyés par la consultation complète du dossier antérieur et l'évaluation de l'histoire longitudinale. Dix-neuf (19) des trente-six patients ont bénéficié d'une évaluation neuropsychologique lors de leur entrée dans le programme. Seulement trois sujets avaient des résultats complètement normaux. Les principales anomalies sont : une diminution des fonctions exécutives, une diminution de la mémoire en général, de la mémoire non verbale, de la mémoire verbale et des déficits de l'attention. Tous ont eu une histoire pharmacologique complète ainsi qu'une évaluation de leur niveau d'autonomie fonctionnelle.

Tableau 1
Nombre de sujets
selon le diagnostic psychiatrique principal et secondaire

	Diagnostic principal/diagnostic secondaire
Schizophrénie	5/-
Schizophrénie paranoïde	13/-
Schizophrénie indifférenciée	1/-
Schizophrénie résiduelle	1/-
Trouble schizo-affectif	5/-
Trouble affectif bipolaire	4/1
Psychose induite par substances	2/1

Trouble de personnalité limite	2/1
Trouble de personnalité antisociale	0/2
Trouble de personnalité évitante	0/2
Dépression majeure	0/2
Trouble dépressif induit par substances	0/2
Phobie sociale	1/4
Trouble obsessif-compulsif	0/1
Trouble déficitaire de l'attention	1/-
Trouble factice	0/1

Comme dans la population générale, l'alcool est la substance faisant le plus souvent l'objet d'abus chez les personnes atteintes de schizophrénie. Les autres drogues utilisées sont celles les plus facilement accessibles, soient la marijuana, la cocaïne et la phencyclidine (PCP). Bien que l'utilisation de la phencyclidine soit très répandue dans la région de Québec, le cannabis et l'alcool sont les substances les plus utilisées par les personnes fréquentant la Polyclinique Sainte-Anne.

Le tableau 4 décrit les statistiques de fréquentation du groupe. Pour la grande majorité des participants, les présences étaient consécutives. De façon générale, une absence de plus de trois semaines signait un abandon du Groupe. L'arrêt des activités du groupe entre le 27 juin et le 20 septembre 2000 a mené à l'abandon d'un membre régulier sur cinq.

Évaluation des habitudes de consommation

Le psychiatre spécialisé en toxicomanie évalue tous les patients identifiés par les intervenants comme présentant un problème de consommation. Il complète une échelle d'évaluation systématique de l'abus de substances, soit les sections alcool/drogues/situation judiciaire de « l'Indice de gravité des toxicomanies (IGT) » (Bergeron et al., 1999). Cette version validée est traduite du questionnaire original anglais « Addiction Severity Index » (McLellan et al., 1992).

De plus, au début de chaque séance, le patient doit remplir un calendrier des consommations de la semaine.

Tableau 2
Nombre de sujets selon le diagnostic de toxicomanie primaire ou secondaire

	Diagnostic de toxicomanie selon la substance utilisée (diagnostic primaire/secondaire)		
	Abus	**Dépendance**	**TOTAL**
Alcool	10/2	5/1	15/3
Cannabis	9/3	6/3	15/6
Cocaïne	0/1	2/0	2/1
Opiacés	1/0	0/2	1/2
Hallucinogènes	0/2	1/0	1/2
Sédatifs	0/0	1/0	1/0
Sans diagnostic actuel de toxicomanie	—	—	1

Déroulement du Groupe abus de substances

La première partie du programme consiste en huit séances éducatives de quarante-cinq minutes pour engager et motiver les nouveaux patients. Des concepts de base sur la prévention de rechute sont enseignés à travers les thèmes suivants :

1. Réduction des méfaits
2. Carte de secours
3. Contrôle des habitudes et des états de « manque »
4. Situations à risque élevé
5. Signes avant-coureurs d'une rechute
6. Plaisirs et habitudes saines
7. Pourquoi cesser les drogues ?
8. Gestion de l'argent

La carte de secours est un moyen souvent utilisé en thérapie cognitive pour plusieurs types de problèmes (Beck et al., 1993 ; Ladouceur et al., 2000 ; Rudd et al., 2001). Le patient doit toujours la porter sur lui. Il doit la regarder au moindre signe de chute possible : pensée de consommation, état de manque, etc. Elle contient plusieurs éléments : les conséquences de la consommation, les situations à risque, des activités plaisantes alternatives, des personnes ressources à

contacter. L'annexe 1 présente la carte secours utilisée dans le programme.

La seconde partie du programme inclut la pratique de neuf habiletés spécifiques à acquérir au moyen de jeux de rôle. Une habileté complexe comme *se faire des amis* sera décomposée en éléments simples, comme, par exemple, garder un contact visuel adéquat, avoir un ton de voix approprié et utiliser des formules de politesse usuelles.

Chaque habileté peut faire l'objet de pratique pendant deux ou trois séances. Un vidéo (en anglais) démontrant chaque habileté peut être utilisé. Six habiletés ont été retenues dans le cadre du Groupe abus de substance de la Polyclinique Sainte-Anne.

1. Arrêter une chute pour éviter une rechute
2. Rapporter une chute ou une rechute
3. Refuser de la drogue offerte par un vendeur
4. Refuser de la drogue ou de l'alcool offert par un parent ou un ami
5. Obtenir l'aide d'une personne
6. Inviter quelqu'un à une activité plaisante

Au début de chaque séance, les participants sont invités à parler de leur semaine, d'abord de leur consommation. On discute ensuite des situations à risque élevé, des conséquences négatives de la consommation, des moyens pris pour limiter la consommation et de l'importance de développer des plaisirs et habitudes saines, c'est-à-dire en dehors de toute consommation.

Deux co-thérapeutes animent la discussion : le psychiatre spécialisé en toxicomanie et une autre professionnelle, membre de l'équipe de la Polyclinique Sainte-Anne. Le psychiatre spécialisé en toxicomanie agit comme consultant à la Polyclinique Sainte-Anne, anime les séances du Groupe abus de substance et forme les différents intervenants de l'équipe en ce qui a trait aux problèmes de consommation. Depuis le début des activités, deux infirmières et deux pharmaciennes se sont relayées comme co-animatrices des séances du groupe. Elles stimulent la participation et l'assiduité et assurent un suivi individuel auprès des participants qui le désirent. La co-animatrice note également les principaux événements de la semaine (consommation, situations à risque, etc.) pour chaque client et les partage avec les autres intervenants de la clinique. Elle exerce un rôle important dans l'échange d'information avec les autres membres de l'équipe traitante.

Une traduction de certaines diapositives proposées dans la version originale anglaise du programme a été faite. Cette traduction n'a pas fait l'objet d'une étude de validation et repose essentiellement sur la compétence des intervenants du programme à adapter le matériel didactique proposé dans la version originale. Chaque participant possède son propre cahier dans lequel on retrouve une copie de ces diapositives. Trois ou quatre transparents, imagés de dessins, sont projetés lors de la séance. Le psychiatre spécialisé en toxicomanie utilise un tableau pour stimuler la discussion. Il favorise les échanges et sollicite la participation de chacun. Un même thème peut faire l'objet de discussions pendant plus d'une rencontre.

L'ordre des thèmes peut varier pour adapter le contenu en fonction des besoins du groupe. La version originale du programme (Roberts et al., 1999) prévoit un groupe fermé, c'est-à-dire dans lequel de nouveaux arrivants ne peuvent se joindre. À la Polyclinique Sainte-Anne, les animateurs ont décidé d'en faire un groupe ouvert pour augmenter le nombre de participants et ainsi permettre à de nouveaux de se joindre au groupe en cours de programme.

Des thèmes ont été ajoutés à ceux décrits dans la version originale du programme :

1. La préparation face aux situations stressantes
2. Les relations amoureuses
3. Les mécanismes d'action des drogues dans le cerveau
4. Les interactions entre les drogues et les médicaments
5. La douleur et les analgésiques
6. Les groupes d'entraide Alcooliques anonymes (AA) et Narcotiques anonymes (NA) avec témoignage d'un membre

Tableau 3
Caractéristiques démographiques des participants

% (nb) de patients masculins :	92 (33)
Âge moyen (DS), année :	25 (6)
Durée moyenne du traitement dans le programme des premières psychoses (DS), mois :	22 (9)
% (nb) de patients fumeurs :	100 (36)

% (nb) de patients recevant un des antipsychotiques suivants et dose moyenne en mg/jour :	
Olanzapine	53 (19) 10.3 mg/jour
Rispéridone	19 (7) 2.6 mg/jour
Quetiapine	8 (3) 216.7mg/jour
Clozapine	6 (2) 300 mg/jour
Aucun NLP	14 (5) —
% (nb) de patients ayant reçu un antipsychotique conventionnel avant l'essai en cours :	63 (19)
% (nb) de patients recevant un médicament appartenant aux classes pharmacologiques suivantes :	
Antidépresseurs	56 (20)
Stabilisateurs de l'humeur	31 (11)
Benzodiazépines	53 (19)
Anticholinergiques	6 (2)
Naltrexone	3 (1)

Application du traitement par entente de comportements

Le principe de traitement par entente de comportements a été utilisé et des bons d'achat d'une valeur de cinq dollars (épicerie, livres, disques, cinéma) étaient remis pour chaque présence au groupe. Les bons d'achat de disques se sont révélés être les plus prisés (vingt-six des quarante-deux bons de participation distribués). Souvent, les discussions du Groupe s'amorçaient autour des goûts musicaux des participants. Ces échanges contribuaient à créer un climat détendu dès le début des séances. Bien que très appréciés, les clients ont affirmé que ces bons d'achat ne constituaient pas leur motivation principale à participer au Groupe.

Aucun test urinaire de dépistage n'a été fait. La méthode de renforcement positif suite à un test de dépistage négatif n'a donc pas été utilisée. Cette méthode est pourtant la plus utilisée et constitue l'une des approches les plus efficaces et reconnues (Higgins et Silverman, 1999). La faisabilité et les coûts associés ont jusqu'à maintenant empêché l'application d'une telle mesure dans le cadre des activités du Groupe.

Les coûts reliés aux méthodes de renforcement ont été défrayés par des compagnies pharmaceutiques et par la fondation du Centre hospitalier Robert-Giffard. En date du 18 décembre 2000, un total de $795 avait été rétribué aux participants depuis le début des activités du Groupe.

Autres interventions

Au fil des mois, certains patients ont souhaité combiner l'activité de groupe à un suivi individuel auprès du psychiatre ou de la co-thérapeute. Une dizaine de clients se sont prévalus de ce suivi, particulièrement lors de la période de relâche estivale du Groupe.

Un patient a été traité avec de la naltrexone (ReVia^{MD}) pour sa dépendance à l'alcool. Cette alternative a été proposée à deux autres patients qui l'ont refusée.

Dans le but d'apprendre à développer des plaisirs et des habitudes saines, l'heure habituelle de thérapie a été remplacée par une sortie, dans un bar, sans prise d'alcool. Les participants au Groupe ont ainsi été sollicités à jouer de la musique et à chanter sur des airs connus. Bien qu'inusitée, cette activité a révélé à quel point les habiletés sociales des participants sont moins développées que celles attendues. Tous ont apprécié mais peu ont participé de façon active.

Tableau 4
Statistiques de fréquentation du programme

Nov. 1998 - Sept. 1999	Sept.1999 - Juin 2000	Sept. 2000 – Déc. 2000
26	19 (7 nouveaux participants)	9 (2 nouveaux participants)

Depuis le début du programme :

1 seule présence : 6 participants

2-5 présences : 9 participants

6-10 présences : 10 participants

11-15 présences : 3 participants

16-20 présences : 3 participants

21-31 présences : 5 participants

Ces 36 patients ont cumulé 337 présences,
ce qui fait une moyenne de 9.4 séances par patient.

Bilan des activités du Groupe abus de substances

Évaluation de la satisfaction de la clientèle

Un questionnaire de quatorze questions utilisant quatre niveaux de satisfaction a été rempli par six patients présents à une séance en juin 1999. Ce sondage révèle que de façon générale, les patients ont été sa-

tisfaits des séances éducatives, des jeux de rôle, du retour sur la semaine et du modèle de groupe (animation et ouvert). Ils se sont dit très satisfaits de la durée et de la fréquence de l'activité ainsi que du principe des bons d'achat. Ils ont été moins satisfaits de la répétition de certaines informations pour aider à l'intégration des nouveaux participants. Ils ont également très apprécié les explications avec figures données sur le fonctionnement du cerveau lors de la consommation de drogues.

Évolution du profil de consommation

La consommation du dernier mois a été comparée aux données de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) de départ en consultant rétrospectivement les calendriers auto-administrés, les notes évolutives du dossier général de la clinique et les résumés de dossier des hospitalisations pour tenter de dégager les habitudes de consommation des participants. Aucune donnée quantitative précise n'est disponible pour les raisons invoquées en introduction. Toutefois, à la rédaction de ce bilan, l'expérience clinique des animateurs et l'impression générale qui s'en dégage tendent à évaluer les habitudes de consommation de la plupart des participants s'étant présentés à plus de cinq séances vers une baisse (ou une stabilisation).

Formation des autres intervenants

Le psychiatre spécialisé en toxicomanie et une psychologue de l'extérieur ont donné quatre séances de formation à l'intention du personnel de la Polyclinique Sainte-Anne. Les intervenants ont démontré un grand intérêt pour ces formations où les thèmes suivants ont été abordés :

1. Généralités sur les toxicomanies
2. Évaluation et dépistage avec l'IGT (cas sur vidéo)
3. Thérapie motivationnelle : données de base
4. Thérapie motivationnelle : formation

Malgré le grand intérêt des membres de la Polyclinique Sainte-Anne pour la comorbidité associée à l'utilisation de substances, les réunions hebdomadaires initialement planifiées avec les autres intervenants n'ont fonctionné que quelques semaines, la charge de travail étant trop importante.

Trois résidents en psychiatrie ont participé de façon soutenue au Groupe et deux autres y ont assisté de façon épisodique. Des étudiants en pharmacie ont participé à quelques séances ainsi que des stagiaires provenant d'autres disciplines (psychologie, ergothérapie, etc.)

Forces et réalisations

Lors des séances, les échanges sont pour la plupart, très créatifs. Le groupe ouvert permet aux « anciens » d'être placés dans un rôle de modèle par les « nouveaux ». Cette situation valorisante est renforcée par les animateurs qui mettent à contribution l'expérience de ces personnes en les faisant témoigner de leur réussite personnelle.

Les patients identifient facilement les avantages et les inconvénients de leur consommation. Par contre, les liens précis entre leur consommation et leurs symptômes psychiatriques sont souvent difficiles à quantifier. Ils croient toutefois que la consommation peut nuire à l'effet des médicaments et précipiter une hospitalisation. Pour la plupart des participants, l'alliance avec les thérapeutes et la complicité avec les pairs permettent des échanges faciles et profonds sur leurs problèmes de consommation (Maisto et al., 1999).

Lors de la co-animation du groupe par une pharmacienne, il y a eu une plus vaste exploration des interactions médicaments-substances. Ce sujet a été fort apprécié. Par ailleurs, cette pharmacienne a remarqué l'existence d'un parallèle entre la décision de cesser de consommer des substances et la décision de prendre ses médicaments. Le modèle théorique des stades de changement nécessaires à la maîtrise de l'abus de substance peut s'apparenter aux stades de changement nécessaires à une observance médicamenteuse optimale (Prochaska et Diclemente, 1992 ; Awad et al., 1996). Cette réflexion a permis à l'équipe de reconnaître davantage l'impact d'une impression subjective négative de la médication et ainsi mieux composer avec les résistances régulièrement présentes lors de l'initiation du traitement pharmacologique (Awad et al., 1996).

Problèmes rencontrés

Malgré le nombre important de patients de la Polyclinique Sainte-Anne au prise avec un problème de consommation, il a été difficile de recruter les patients identifiés pour participer au Groupe. Seulement le tiers des patients consommant des substances ont accepté de participer au Groupe. L'insistance du psychiatre traitant s'est souvent révélée être le facteur décisif ou, à tout le moins, le facteur qui a semblé le plus influencer la décision du patient à se joindre au Groupe. Généralement, le patient reconnaît très peu l'influence négative de la consommation sur les symptômes de sa maladie. Même le terme « abus de substances » semble donner un caractère trop dramatique à une consommation jugée occasionnelle par de nombreux patients, leur réflexe initial étant souvent de banaliser leur consommation.

Les interactions entre les participants du Groupe peuvent avoir des conséquences négatives comme en témoigne l'influence d'un sujet qui a initié deux autres participants à une nouvelle drogue, le Dormex[MD] (diphenhydramine).

Lors des séances, les animateurs sont régulièrement confrontés au fait que certains patients parlent très peu, ont un pauvre contact visuel et participent plus ou moins aux jeux de rôles. Les participants respectent toutefois les patients qui sont plus en retrait. Certains d'entre eux démontrent une telle anhédonie qu'il leur est impossible de considérer un plaisir sain sans drogue. Cette question est parfois difficile à aborder tant elle leur apparaît impossible.

En général, les patients ont peu utilisé la carte de secours. Ils n'apprécient pas avoir à faire des tâches à la maison. L'impression est qu'il y a eu peu de généralisation des acquis en dehors du Groupe.

La version originale anglaise du programme (Roberts et al., 1999) prévoit systématiquement de mettre en pratique les concepts ou les habiletés discutés lors de deux séances hebdomadaires supplémentaires dans un groupe ouvert. Ceci n'a pas été appliqué par manque de ressources. Par contre, la séance hebdomadaire combinait l'enseignement suivi d'une séance pratique.

Malgré des efforts constants, l'échange d'informations obtenues dans le cadre des activités du Groupe avec le reste de l'équipe traitante de la Polyclinique Sainte-Anne n'était pas optimal. Il reste encore des mécanismes à développer pour faire la transition entre le modèle de soin parallèle et un modèle de soin idéal qui serait complètement intégré.

Jusqu'à présent, peu d'informations sont échangées avec les familles en ce qui a trait aux activités du Groupe abus de substances. Les activités du Groupe abus de substances sont présentées de façon générale dans le cadre du Groupe famille ouvert à tous les parents et amis des patients fréquentant la clinique (Gosselin et al., 2000). Le respect de la confidentialité représente une réelle difficulté dans les rapports aux familles quant à la question plus spécifique de la consommation problématique d'un de leur proche et l'impact sur l'efficacité du traitement. Mueser et Fox (1998) ont élaboré une thérapie structurée pour le traitement des familles avec un parent ayant un diagnostic de schizophrénie et de toxicomanie. Éventuellement, il serait utile de s'en inspirer.

Même lorsque le traitement de la toxicomanie est intégré dans les soins psychiatriques, on observe que la majorité abandonne le suivi s'il n'y a pas de gestion des cas (Hellerstein et al., 1995 ; Mercer-McFadden et al., 1997). Il n'y avait pas de groupes d'entraide anonymes pour les

toxicomanes avec un trouble mental grave et persistant dans la ville de Québec. Un groupe AA (Alcooliques anonymes) a toutefois été mis sur pied au Centre hospitalier Robert-Giffard en juillet 2001. Un groupe NA (Narcotiques anonymes) démarrera d'ici quelques mois.

Poursuite du groupe

Le fonctionnement du Groupe sera modifié à partir de l'automne 2001. Afin d'assurer davantage de cohésion, des groupes fermés seront privilégiés. Il y aura deux groupes par année, pour une durée de quinze à vingt séances au rythme d'une séance par semaine. Un groupe de support sera dorénavant maintenu durant l'été. Les cinq premières séances utiliseront plus spécifiquement les principes de la thérapie motivationnelle afin de potentialiser l'engagement des patients dans le groupe.

Les thèmes suivants seront abordés :

1. Les étapes de changements et la détermination par le client de son stade de changement
2. Les effets des drogues/alcool et les interactions avec la maladie/médicaments
3. Les attentes, les croyances, les valeurs, les relations interpersonnelles et leurs interactions avec la consommation
4. Les « pour » et les « contre » de la consommation, de la diminution ou de l'arrêt de la consommation
5. Les objectifs personnels et le plan de changement choisi envers la diminution ou l'arrêt de la consommation

Suivront ensuite des ateliers constituant la thérapie cognitivo-comportementale où les thèmes suivants seront abordés :

1. Situations à risque élevé
2. Contrôle des états de manque
3. Refus de consommer l'alcool ou la drogue
4. Gestion de l'argent
5. Gestion des écarts et des rechutes
6. Plaisirs et habitudes sains
7. Demande d'aide

Tout au long des séances, les méthodes de renforcements déjà établis (bon d'échange pour l'achat de disques ou d'entrées au cinéma) seront maintenus.

Une séance de type motivationnel sur la toxicomanie sera introduite dans un des groupes de psychoéducation « obligatoire » de la Polyclinique, le Groupe Compétence. Dans ce groupe, on aborde, entre autres, des thèmes comme la reconnaissance des symptômes, la prévention des rechutes et la fidélité au régime thérapeutique (Alexandre et Labrie, 2000). Plus de patients seront rejoints étant donné que tout nouveau patient inscrit au programme des premières psychoses de la Polyclinique Sainte-Anne doit participer au Groupe Compétence.

Pour diminuer certaines résistances, l'appellation du Groupe abus de substances sera modifiée pour « Drogues, alcool et santé mentale ».

Dès l'automne, le recueil de données utiles à la mesure de résultats sera réalisé de façon systématique afin de mieux quantifier les impacts du Groupe. Cette démarche s'inscrit dans une approche globale visant le suivi systématique de toutes les activités cliniques de la Polyclinique Sainte-Anne. L'annexe II présente les évaluations prévues dans le cadre de ce suivi pour la toxicomanie. Une banque de données informatisée permettra d'assurer une gestion adéquate de ces données. Avant l'IGT initial (sections alcool/drogues/situation judiciaire), des questionnaires standardisés de dépistage, le DÉBA-Alcool c'est-à-dire le questionnaire de Dépistage et évaluation du besoin d'aide vis-à vis l'alcool (Tremblay et Rouillard, 2000) et le DÉBA-Drogues (Tremblay et Rouillard, 2000) permettront d'évaluer systématiquement tout nouvel inscrit au programme de la Polyclinique. Ces questionnaires complétés par l'intervenant se présentent sous la forme de trois tests en série. Ils permettent de mesurer les quantités et la fréquence de la consommation, le niveau de dépendance et les problèmes associés. Ils ont été recommandés par la Fédération des Centres de Réadaptation sur l'alcoolisme et les toxicomanies du Québec. Afin d'évaluer la motivation à cesser la consommation, le questionnaire « Readiness to change » de Rollick et al. (1993) sera utilisé. Ce questionnaire, traduit en français, sera répété périodiquement afin de mesurer les fluctuations du niveau de motivation (Ziedonis et al., 1996). De plus, des IGT-30 jours et des tests de dépistage urinaires seront faits aux trois mois et pourront être corrélés à des mesures de psychopathologie, d'observance et d'effets indésirables des traitements pharmacologiques évalués à la même fréquence.

Conclusion

L'arrivée d'un psychiatre spécialisé en toxicomanie a permis de débuter des activités visant à réduire la consommation de drogues et d'alcool chez des patients fréquentant une clinique de jeunes psychotiques. Un premier bilan de ces activités s'avère positif et permet de reconnaître rapidement les pistes de développement à explorer.

Plusieurs conditions seront nécessaires à l'optimisation des soins de la toxicomanie. L'instauration d'un support organisationnel permettant le suivi systématique des interventions et des résultats cliniques constitue la pierre angulaire du développement futur. La participation élargie et la poursuite de la formation continue de tous les intervenants de la clinique en matière de toxicomanie contribueront aussi à l'essor du Groupe. L'adhésion à une thérapie de groupe structurée et l'application d'une approche individuelle concertée seront d'autres conditions essentielles.

Cette expérience témoigne du défi que représente le traitement de la toxicomanie chez une population de jeunes psychotiques et constitue un pas de plus vers l'application d'un modèle de soins intégrés de la schizophrénie et de la toxicomanie à la Polyclinique Sainte-Anne.

Références

ALEXANDRE L., LABRIE, R., 2000, *L'art, la science et le savoir : quand la contribution de l'infirmière vise la compétence du patient*, Congrès de l'Association des psychiatres du Québec, Québec.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995, Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders : alcohol, cocaine and opioids, *American Journal of Psychiatry*, 152, suppl. 11, 1-47.

ANDERSON, C. M., REISS, D. J., 1986, *Schizophrenia and the Family*, New York, The Guilford Press.

ANNIS, H. M., HERIE, M. A., 1996, *Prévention structurée de la rechute : modèle d'orientation en consultations externes*, Toronto, Addiction Research Foundation.

AWAD, A. G., VORUGANTI, L. N. P., 1996, Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment : implications for compliance and outcome, *International Clinical Psychopharmacology*, 11, suppl 2, 55-59.

BEAUCHAMP, R., DUCHESNE, M.C., 2000, Pharmacothérapie de l'alcoolisme : sevrage et traitement de maintien. *Québec Pharmacie*, 47, 7, 578-590.

BECK, A. T., WRIGHT, F. D., 1993, *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York, Guilford Press.

BELLACK, A. S., 1992, Cognitive rehabilitation for schizophrenia : is it possible ? Is it necessary ? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 1, 43-50.

BELLACK, A. S., DICLEMENTE, C.C., 1999, Treating substance abuse among patients with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 50, 1, 75-80.

BELLACK, A. S., GEARSON, J. S., 1998, Substance abuse treatment for people with schizophrenia, *Addictive Behaviors*, 23, 6, 749-766.

BENNETT, M. E., BELLACK, A. S., GEARSON, J. S., 2001, Treating substance abuse in schizophrenia : an initial report, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 163-175.

BERGERON J, LANDRY, M., ISHAK, I., 1999, *Indice de gravité d'une toxicomanie*, RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec).

BIGELOW, G. E., BROONER, R. K., SILVERMAN, K. 1998, Competing motivations : drug reinforcement vs non-drug reinforcement, *Journal of Psychopharmacology*, 12, 1, 8-14.

BOWERS, M. B., MAZURE, C. M., NELSON, J. C., 1990, Psychogenic drug use and neuroleptic response, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 81-85.

BUCKLEY, P., THOMPSON, P., WAY, L., 1994, Substance abuse among patients with treatment resistant schizophrenia : characteristics and implications for clozapine therapy, *American Journal of Psychiatry*, 151, 385-389.

BUCKLEY, P. F., 1998, Substance abuse in schizophrenia : a Review, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 26-30.

BUCKLEY, P. F., 1998, Novel antipsychotic medications and the treatment of comorbid substance abuse, J*ournal of Substance Abuse Treatment*, 15, 113-116.

CAREY, K. B., CAREY, M. P., 1990, Enhancing the treatment attendance of mentally ill chemical abusers, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 205-209.

COHEN, L. J., TEST, M. A., BROWN, R. J., 1990, Suicide and Schizophrenia : data from a prospective community treatment study, *American Journal of Psychiatry*, 147, 602-607.

COZOLINO, L. J. et al., 1988, The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion, *Schizophrenia Bulletin*, 14, 4, 675-686.

DIXON, L., HASSA, G., WEIDEN, P., 1990, Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients : clinical observations and patients'self reports, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 1, 69-79.

DRAKE, R. E., MCHUGO, G. J., 1993, Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients : 4-year outcomes, *American Journal of Psychiatry*, 150, 2, 328-329.

DRAKE, R. E., MCLAUGHLIN, P., 1991, Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder : an overview, *New Directions in Mental Health Services*, 50, 3-12.

DRAKE, R. E., MUESER, K. T., 2000, Psychosocial approaches to dual diagnosis, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1, 105-118.

DRAKE, R. E., OSCHER, F. C., 1989, Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study, *Journal of Nervous Mental Disease*, 177, 7, 408-414.

FALLOON, I. R. H., BOYD, J. L., 1982, Behavior therapy for schizophrenia, in Curran, J. P., Monti, P. M., eds., *Social Skills Training : A Pratical Handbook for Assessment and Treatment*, New York, Guilford Press, 117-152.

FERRANDO, S. J., 2001, Substance Abuse and HIV infection, *Psychiatric Annals*, 31, 1, 57-62.

FOWLER, I. L., CARR, V. J., CARTER, N. T., 1998, Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 3, 443-455.

GOSSELIN, D., VIAU, H., ROY, M.A., 2000, *Protocole d'intervention familiale à l'attention des familles confrontées à la psychose débutante*, Congrès de l'Association des psychiatres du Québec, Québec.

HAYWOOD, T. W., KRAVITZ, H. M., 1995, Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152, 856-861.

HELLERSTEIN, D. J., ROSENTHAL, R. N., 1995, A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients, *American Journal on Addictions*, 4, 1, 33-42.

HIGGINS, S. T., 1996, Some potential contributions of reinforcement and consummer-demand theory to reducing cocaine use, *Addictive Behavior*, 6, 803-816.

HIGGINS, S. T., 1997, The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 57, 419-427.

HIGGINS, S. T., BICKEL, W. K., HUGUES, J. R., 1994, Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration, *Life Sciences*, 55, 179-187.

HIGGINS, S. T., BUDNEY, A. J., BICKEL, W. K., 1993, Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach, *American Journal of Psychiatry*, 50, 763-769.

HIGGINS, S. T., SILVERMAN, K., 1999, *Motivating Behavior Change among Illicit-drug Abusers : Research on Contingency Management Interventions*, Washington, American Psychological Association.

LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., 2000, *Le jeu excessif : comprendre et vaincre le gambling*, Montréal, Éditions de l'Homme.

LIBERMAN, R. P., FEARN, C. H., 1977, The credit-incentive system : motivating the participation of patients in a day hospital, *British Journal of Social Clinical Psychology*, 16, 85-94.

LIBERMAN, R. P., 1986, *Social and Independent Living Skills, Patient Workbook, Rehabilitation Research and Training Center in Mental Illness*, Departement of Psychiatry at UCLA, California.

LIBERMAN, R. P., 1986, *Programme de réadaptation à une vie sociale autonome, Module du contrôle des symptômes — cahier de l'animateur*, Unité de recherche en santé mentale du Centre hospitalier de l'Université Laval, Québec.

LIBERMAN, R. P., BOWERS, M. B., 1990, Substance abuse comorbidity in schizophrenia : editors introduction, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 1, 29-30.

LYSAKER, P., BEAN-GOULET, J., MILSTEIN, R., 1994, Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 2, 109-112.

MAISTO, S. A., CAREY, K. B., 1999, Methods of changing patterns of substance use among individuals with co-occurring schizophrenia and substance use disorder, *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 17, 3, 221-227.

MCHUGO, G. J., DRAKE, R. E., 1995, A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness, *Journal of Nervous Mental Disease*, 183, 12, 762-767.

MCLELLAN, A. T., KUSHNER, H., 1992, The Fifth Edition of the Addiction Severity Index, *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 9, 3, 199-213.

MERCER-MCFADDEN, C., DRAKE, R. E., 1997, The Community Support Program demonstrations of services for young adults with severe mental illness and substance use disorders, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3, 13-24.

MERCIER, C., BEAUCAGE, B., 1997, *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

MEYERS, R. J., SMITH, J. E., 1995, *Clinical Guide to Alcohol Treatment : The Community Reinforcement Approach*, New York, The Guilford Press.

MILBY, J. B., SCHUMACHER, J. E., MCNAMARA, C., 2000, Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons, *Drug, Alcohol and Dependence*, 60, 55-67.

MILLER, W. R., ROLLNICK, S., 1991, *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, Guilford Press.

MUESER, K. T., FOX, L., 1998, *Stagewise Family Treatment for Dual Disorders : Treatment Manual*, Concord, New Hampshire-Darmouth Psychiatric Research Center.

MUESER, K. T., YARNOLD, P. R., LEVINSON, D. F., 1990, Prevalence of substance abuse in schizophrenia : demographic and clinical correlates, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 1, 31-56.

MUESER, K. T., NOORDSKY, D. L., 1996, Group treatment for dually diagnosed clients, *New Direction in Mental Health Services*, 70, 33-51.

NIKKEL, R. E., 1994, Areas of skill training for persons with mental illness and substance use disorders : building skills for successful community living, *Community Mental Health Journal*, 30, 1, 61-72.

OSHER, F. C., KOFOED, L. L., 1989, Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 10, 1025-1030.

PENISTON, E., 1988, Evaluation of long-term therapeutic efficacy of behavior modification program with chronic male psychiatric inpatients, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 95-101.

PETRY, N. M., 2000, A comprehensive guide for the application of contingency management procedures in standard clinical settings, *Drug, Alcohol and Dependance*, 58, 9-25.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., 1992, In search of how people change. Applications to addictive behaviors, *American Psychology*, 47, 9, 1102-1114.

REGIER, D. A., FARMER, M. E., 1990, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *Journal of the American Medical Association*, 264, 19, 2511-2518.

ROBERTS, G., OGBORNE, A., 1999, *Meilleures pratiques — alcoolisme et toxicomanie : traitement et réadaptation*, Ottawa, Santé Canada.

ROBERTS, L. J., SHANER, A., 1999, *Overcoming Addictions : Skills training for people with schizophrenia*, New York, W.W. Norton and Company.

ROLLNICK, S., HEATHER, N., GOLD, R., HALL, W., 1992, Development of a short « Readiness to change questionnaire » for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers, *British Journal of Addiction*, 87, 743-54.

RUDD, M. D., JOINER, T., 2001, *Treating Suicidal Behavior : An Effective, Time-limited Approach*, New York, Guilford Press.

SHANER, A., ROBERTS, L. J., 1997, Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence, *Psychiatric Services*, 48, 807-810.

SIMONEAU, I., VILLENEUVE, J., 2000, Schizophrenia and psychoactive drug abuse : dual diagnostic problem, *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 6, 572-573.

STITZER, M. L., BIGELOW, G. E., LIEBSON, I., 1979, Reducing benzodiazepine self-administration with contingent reinforcement, *Addictive Behaviors*, 4, 245-252.

STITZER, M. L., IGUCHI, M. Y., KIDORF, M., 1993, Contingency management in methadone treatment : the case for positive incentives, in Onken, L. S., Blaine, J. D., Boren, J. J., *Behavioral Treatment for Drug Abuse and Dependence*, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, 19-36.

TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., 1989, Community management of schizophrenia : a two-year follow-up of a behavioural intervention with families, *British Journal of Psychiatry*, 154, 625-628.

TREMBLAY, J., ROUILLARD, P., APRIL, N., 1999, *Dépistage/Évaluation du besoin d'aide-alcool (DÉBA-Alcool)*, CTR-ALTO et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

TREMBLAY, J., ROUILLARD, P., APRIL, N., 1999, *Dépistage/Évaluation du besoin d'aide-drogues (DÉBA-Drogues)*, CTR-ALTO et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

POLYCLINIQUE SAINTE-ANNE, 1999, *Le projet, les réalisations*, Québec, Centre hospitalier Robert-Giffard.

VOLPICELLI, J. R., PETTINATI, H. M., 2001, *Combining Medication and Psychosocial Treatments for Addictions : The Brenda Approach*, New York, Guilford Press.

ZACKON, F., MCAUCLIFFE, M. E., 1993, *Recovery Training and Self-help : Relapse Prevention and Aftercare for Drug Addicts*, Rockville, National Institute on Drug Abuse.

ZIEDONIS, D. M., FISCHER, W., 1994, Assessment and treatment of comorbid substance abuse in individuals with schizophrenia, *Psychiatric Annals*, 24, 447-493.

ZIEDONIS, D. M., TRUDEAU, K., 1997, Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia : implications for a motivation-based treatment model, *Schizophrenia Bulletin*, 23, 2, 229-238.

ZIEDONIS, D., WILLIAMS, J., CORRIGAN, P., SMELSON, D., 2001, Management of substance abuse in schizophrenia, *Psychiatric Annals*, 30, 1, 67-75.

Annexe 1
Carte d'urgence

Pourquoi j'ai décidé de ne plus consommer : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	**Situations à risque élevé** • Personnes : _____ _____ • Endroits : _____ _____ • Objets : _____ _____ • Pensées : _____ _____ • Émotions : _____ _____ • Moments : _____ _____
Faire demi-tour Au lieu de consommer, je vais : • faire une activité, me distraire _____ • dépenser mon argent autrement _____ • me rappeler tous les efforts que j'ai faits _____	**NOM :** **Personne aidante :** _____ Téléphone : _____ **Personne aidante :** _____ Téléphone : _____ **Personne aidante :** _____ Téléphone : _____

Annexe 2

Suivi systématique des patients participant au Groupe

	Intervention				***Post-intervention***		
Séance (semaine)	1	5	10	15 à 20			
Rencontre de suivi (mois)					3	6	12
Histoire psychiatrique (incluant un SCID)	√						
Labo-Examen physique-ECG-EEG	√						
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	√				√	√	√
Clinical Global Impression (CGI)	√				√	√	√
Extrapyramidal Syndrome Rating Scale (ESRS)	√				√	√	√
Drug Attitude Inventory (DAI)	√				√	√	√
Indice de gravité de la toxicomanie (IGT) (section alcool/drogues/ judiciaire)	√						
Indice de gravité de la toxicomanie (30 jours)	√			√	√	√	√
Dépistage urinaire	√	√	√	√	√	√	√
DÉBA-Alcool	√						
DÉBA-Drogues	√						
Readiness to Change Questionnaire (RCQ)	√	√		√			
Médication	√	√	√	√	√	√	√
Échelle d'effets indésirables-UKU	√	√	√	√	√	√	√
Évaluation de la satisfaction de la clientèle				√			

ABSTRACT

Psychosis and addiction: the experience of the Polyclinique Sainte-Anne

This article's objective is to share the clinical experience acquired through the activities of the Substance abuse Group established within the framework of the program destined to people suffering from a first psychosis at the Polyclinique Sainte-Anne, an external clinic of the Centre Hospitalier Robert-Giffard. Inspired by an american program specifically designed for people with schizophrenia and a problem of addiction, this psychoeducation and skills training program's goal is to help participants develop the motivation to reduce or cease their use, to recognize high risk situations and develop the skills to avoid relapse and reduce the ill effects of substance abuse.

RESUMEN

Psicosis y toxicomania: La experiencia del equipo de la Polyclinique Sainte-Anne

Este artículo comparte la experiencia clínica adquirida a travès de las actividades del Grupo de abuso de sustancia desarrollado en el marco de un programa para personas sufriendo de una primera psicósis a la clínica Sainte-Anne, un recurso externo del Centro Hospitalier Robert-Giffard. Inspirado de un programa americano para personas con esquizofrénia y presentando un problema de abuso de sustancias, este programa de psicoeducación y de desarrollo de habilidades tiene como objetivo ayudar los participantes a desarrollar su motivación y reducir o dejar su consumo, reconocer las situaciones a riesgo elevado y desarrollar sus habilidades para evitar recaidas y reducir daños relacionados al abuso de sustancias