

## Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie

Martine Vincent, Claire Gagné and Jocelyne Thérien

Volume 26, Number 2, Fall 2001

Les doubles diagnostics

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014527ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014527ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Vincent, M., Gagné, C. & Thérien, J. (2001). Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 92–105. <https://doi.org/10.7202/014527ar>

Article abstract

Concomitant treatment of psychosis and drug addiction

The high prevalence of addiction problems of people with psychosis and the lack of resources to respond to their complex reality has led a multidisciplinary team at the Centre de santé mentale communautaire (CSMC) to establish a group allowing interventions on drug addiction and psychosis in a concomitant way. Following a brief presentation of problems and intervention models proposed in the literature, this article aims at summarizing the experience of the CSMC and their strategy in order to respond to the needs of these patients. Thus, this article presents the reasons for modifications made over the years, the relevance of the motivational approach with these patients who are often unmotivated in changing their behaviour regarding substance abuse and the strengths and limits of this approach. The objectives of the therapeutic group, the framework, content and clientele are then discussed. Finally the authors examine various perspectives.



## Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie

---

Martine Vincent\*

Claire Gagné\*\*

Jocelyne Thérien\*\*\*

La prévalence élevée de problèmes de toxicomanie chez les psychotiques et le peu de ressources répondant à leur réalité complexe ont conduit une équipe multidisciplinaire du Centre de santé mentale communautaire (CSMC) de l'Hôpital Saint-Luc à mettre sur pied un groupe permettant des interventions sur la toxicomanie et la psychose de façon concomitante. Suite à la présentation brève de la problématique et des modèles d'intervention prônés dans la littérature, cet article vise à résumer l'expérience de l'équipe du CSMC et leur stratégie afin de répondre aux besoins de ces patients. Ainsi, cet article présente les raisons des modifications apportées au cours des années, la pertinence de l'approche motivationnelle auprès de ces patients souvent peu motivés à changer leurs comportements toxicomaniaques et les forces et les limites de cette approche. Les objectifs du groupe de thérapie, le cadre instauré, le contenu et la clientèle visée sont ensuite abordés. Nous terminons cet article par les perspectives d'avenir.

**L**a reconnaissance, depuis quelques années, de la prévalence élevée d'abus ou de dépendance aux substances psychotropes chez les patients psychiatisés n'a malheureusement pas permis une adaptation des services en conséquence. Trop souvent, les centres de réadaptation en toxicomanie et les hôpitaux psychiatriques se renvoient ce problème de comorbidité. Cette vaine circularité des références prive les patients de traitements s'adressant, de façon concomitante, à leurs deux probléma-

---

\* M. Ps psychologue et responsable du groupe « Double Diagnostic », Centre de santé mentale communautaire (CSMC) de l'Hôpital Saint-Luc, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

\*\* M.D., Centre de santé mentale communautaire (CSMC) de l'Hôpital Saint-Luc, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

\*\*\* Infirmière-bachelière, Centre de santé mentale communautaire (CSMC) de l'Hôpital Saint-Luc, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Remerciements à l'équipe « Double Diagnostic » actuelle du CSMC : Louise Godin, André Henry, Denis Vincent, Martin Rouleau, Natalie Sanlian et à l'équipe de thérapeutes ayant participé au développement de ce groupe dans le passé : Ginette Aubin, Michel Dufresne, Monique Frenette, Marie Guertin, Francine Morin, Suzanne Lalonde.

tiques. De plus, la désorganisation sociale et psychiatrique sévère de ces patients ainsi que leur faible motivation quant à l'arrêt des psychotropes entravent aussi les possibilités de traitement.

Afin de pallier ces lacunes, les auteurs américains impliqués dans ce domaine prônent le développement de programmes intégrés en clinique externe de psychiatrie permettant le traitement, par une même équipe clinique, des deux diagnostics de façon concomitante. Avec des moyens plus limités, l'équipe « Double Diagnostic » (DD) du CSMC offre des services pour les patients présentant des troubles psychotiques et de toxicomanie afin de combler le fossé entre les services de psychiatrie et de réadaptation en toxicomanie et les aider face à leur désorganisation sociale et psychiatrique sévère. Ainsi, l'équipe DD a mis sur pied un groupe en clinique externe de psychiatrie et a adopté l'approche motivationnelle de Miller et Rollnick (1991) permettant des interventions adaptées à la réalité des patients quant à leur disposition face aux changements. Cette approche force le thérapeute à intervenir là où se trouve le patient et permet, dans une perspective longitudinale, d'entamer un mouvement progressif vers l'abstinence.

### **Identification de la problématique**

Selon le rapport du comité d'experts de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, la comorbidité touche une clientèle présentant « à la fois des troubles mentaux souvent graves et persistants, dont les troubles de personnalité, et des conduites dépendantes ou d'abus de substances psychotropes » (RRSSS ; 1999, 21). Par ailleurs, certains auteurs américains définissent de façon plus restreinte cette problématique soit comme une combinaison d'une toxicomanie et de troubles graves de santé mentale dont les schizophrénies, les troubles schizo-affectifs et les troubles bipolaires (Drake et Mueser, 2000). Au CSMC de l'Hôpital Saint-Luc, l'équipe DD a adopté la définition restreinte de ces auteurs américains.

Malgré les différences quant à la prévalence du problème de comorbidité selon le milieu où sont recueillies les données et selon le type de diagnostics retenus, plusieurs études démontrent que ce problème mérite que l'on s'y penche. Selon l'étude « Epidemiologic Catchment Area Study » (Regier et al., 1990), chez les personnes souffrant de schizophrénies et de troubles schizophréniformes, la prévalence à vie d'un problème lié à l'abus de substances atteint 47 % et, chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire, elle atteint 60,7 %.

Au Québec, Mercier et Beaucage (1997) ont tenté d'avoir un portrait du problème en interrogeant divers intervenants impliqués dans le

domaine de la co-morbidité. D'après les données informelles recueillies, le pourcentage de patients ayant un double diagnostic est de 33 à 50 % de la clientèle psychiatrique, de 2 à 8 % dans les centres de réadaptation et de 25 % dans les services de désintoxication à l'Hôpital Saint-Luc.

Lorsqu'il est question des problèmes de comorbidité, les intervenants ont tendance à se renvoyer la balle parce que face à ces clients, parfois jugés « indésirables », plusieurs vivent des frustrations et un sentiment d'impuissance intolérables (Clement et al., 1993 ; Poirier, 1996). Historiquement, le développement parallèle des services de psychiatrie et de toxicomanie crée également un fossé entre ces deux univers. Ces éléments, entre autres, ont créé une circularité des références. En effet, les centres de réadaptation et les hôpitaux psychiatriques se renvoient le problème sans véritablement le traiter, malgré certaines tentatives de remédier à cette lacune au cours des dernières années. Plutôt que de mettre l'accent sur l'intégration des deux problématiques, chacun dans son domaine d'expertise a tendance à mettre l'emphase sur l'une ou l'autre dans le processus d'évaluation et de traitement.

### **Modèles d'intervention pour les patients ayant un double diagnostic**

Contrairement à cette « déliaison » — des services, certaines recherches américaines ont démontré l'efficacité des traitements intégrés pour les patients ayant un double diagnostic : un traitement où une seule équipe est responsable de l'intégration des interventions concernant les deux problématiques. L'adoption d'une perspective longitudinale et d'un travail d'équipe multidisciplinaire serait également déterminants (Minkoff, 1991 ; Carey, 1996 ; Drake et Mueser, 1996 ; 2000). Le suivi intensif dans le milieu (*assertive outreach*) ajoute à l'efficacité des traitements intégrés (Drake et al., 1993, Drake et Mueser, 2000).

### **La stratégie retenue par l'équipe DD du CSMC du CHUM**

Au Centre de santé mentale communautaire, une équipe multidisciplinaire, l'équipe DD, offre depuis 1993 des services s'adressant spécifiquement aux patients souffrant d'une comorbidité de toxicomanie et de troubles graves de santé mentale dans le registre de la psychose. Cette équipe tente de répondre aux problèmes de l'absence ou du peu de ressources pour ces patients. De plus, suite aux références en toxicomanie à l'extérieur du CSMC, plusieurs patients psychotiques revenaient au CSMC en raison de leur désorganisation, d'où la nécessité de développer des services spécifiques en clinique externe de

psychiatrie pour les psychotiques ayant des comportements toxicomaniaques.

Durant les quatre premières années, l'équipe DD a mis sur pied un groupe ouvert basé sur le modèle des groupes de persuasion, soit un groupe ayant pour but de développer une prise de conscience des conséquences néfastes de la consommation de drogues. Une rencontre de 45 minutes était alors offerte quatre fois par semaine à tous les patients présentant un trouble mental et un problème d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs psychotropes. Les patients étaient libres de se présenter aux rencontres au moment voulu et les thèmes abordés étaient inspirés des préoccupations des patients.

La fréquentation du groupe fut élevée pour les deux premières années (Gagné, 1999). Par ailleurs, une baisse importante du nombre de références ainsi qu'une détérioration de la dynamique de groupe induite par des décès, des deuils, des absences ont conduit à une baisse de motivation et à un sentiment d'impuissance autant chez les intervenants que chez les patients du groupe. Les membres de l'équipe ont ainsi remis en question les activités de groupe proposées.

L'équipe DD, avec la venue de deux stagiaires en maîtrise, a donc construit un nouveau programme d'intervention basé sur un modèle psycho-éducatif (Chassé, 1999). Ce groupe était alors offert à raison d'une rencontre hebdomadaire de 45 minutes. Cette fois, le groupe était fermé et les rencontres beaucoup plus structurées autour de thèmes définis à l'avance par les intervenants. Cette structure visait à lutter contre la détérioration de la dynamique de groupe et contre l'aspect morbide et destructeur s'étant installé dans le groupe ouvert. L'instauration d'un cadre plus structuré a permis de contenir cette énergie destructrice. Par ailleurs, les interventions ne permettaient pas de s'adresser aux problèmes majeurs de motivation et d'absentéisme des patients.

Depuis novembre 1999, des ajustements importants ont été faits dans le but d'intervenir sur ces problèmes spécifiques. Un programme utilisant l'approche motivationnelle de Miller et Rollnick (1991) a débuté officiellement en mars 2000. En effet, bien que les thérapies cognitives-comportementales et les approches psycho-éducatives montrent des résultats intéressants auprès des toxicomanes, elles ne permettent pas la mobilisation de personnes peu ou pas motivées à changer leurs comportements toxicomaniaques (Miller et Rollnick, 1991). Plusieurs patients à l'hôpital se sont présentés pour leurs symptômes psychiatriques et donc peu d'entre eux se sont interrogés ou encore sont intéressés à apporter des changements à leur consommation de drogues ou

d'alcool. Sur les 39 patients rencontrés dans le groupe DD du CSMC depuis avril 1999, 82 % n'avaient pas l'intention de changer leur consommation lors de leur première consultation. Ainsi, adopter une approche éducative leur « enseignant » les conséquences de leur consommation et visant à les convaincre d'arrêter ou de diminuer provoque beaucoup de résistance chez les patients peu motivés qui constituent la majorité de nos patients psychotiques.

L'approche motivationnelle, développée par Miller et Rollnick (1991), permet d'envisager des stratégies d'intervention adaptées à chacune des six étapes de changement définies par Prochaska et DiClemente (1992), c'est-à-dire, la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute.

La précontemplation est une étape où la personne ne peut ou ne veut pas changer sa consommation. L'entourage, dont les intervenants, considère que la personne a un problème. Par ailleurs, la personne ne considère pas sa consommation comme problématique ou encore se sent impuissante face aux changements. Lors de la contemplation, une ambivalence s'installe où la personne reconnaît à la fois les avantages et les inconvénients de sa consommation. Elle se sent déchirée entre deux tendances contraires : son désir de consommer et son désir d'arrêter. La préparation est l'étape où la personne décide d'amener des changements et commence à explorer les stratégies qu'elle utilisera pour arriver à cette fin. Lors de l'étape « action », la personne commence à instaurer des changements importants par rapport à sa consommation. Le maintien représente l'étape où l'individu a acquis de nouvelles habitudes à long terme. La rechute est présentée comme faisant partie du processus de changement. De cette façon, les patients vivent souvent moins de remords quant aux rechutes puisqu'elles sont présentées comme une opportunité d'avancer. La personne progresse à travers ces étapes et le but de l'intervention est de l'aider à cheminer vers les étapes ultérieures.

Conformément à cette philosophie, le thérapeute doit intervenir là où se situe le patient dans le processus du changement afin de favoriser un changement comportemental tout en minimisant les résistances et en tenant compte des capacités actuelles du patient à modifier ses comportements.

Lors des rencontres de groupe, les étapes de Prochaska et DiClemente sont illustrées par une roue montrant l'aspect circulaire et dynamique du changement. Il est précisé que les changements ne surviennent pas de façon linéaire afin de ne pas décourager les patients.

Dans les rencontres de groupe, non seulement ces étapes sont appliquées à la consommation mais également aux problèmes de santé mentale. Par exemple, les patients vivent aussi bien des rechutes par rapport à leur consommation que par rapport à leurs symptômes psychiatriques. Aussi, chez plusieurs patients du groupe, la motivation à entreprendre un traitement pharmacologique peut osciller tout dépendant de l'acceptation des troubles psychiatriques. Grâce à l'utilisation de cette approche, l'intégration des interventions auprès des deux diagnostics est possible.

Notre but est de permettre aux personnes de discuter à la fois des conséquences et des avantages de la consommation et de l'abstinence afin d'amener une réflexion permettant de mobiliser les personnes vers un changement. Un travail sur l'ambivalence et le deuil des produits consommés est donc fondamental.

Ainsi, notre objectif est de permettre un mouvement dans le processus du changement conduisant à l'abstinence. Par exemple, nos interventions visent à aider une personne en précontemplation à vivre une ambivalence porteuse de changements vers la contemplation, la préparation et même l'action. Étant donné la sévérité de la consommation et des problèmes de santé mentale, la consommation contrôlée n'est pas encouragée bien que certains aient tenté l'expérience pendant une période donnée.

La majorité des patients du groupe DD a progressé à travers les étapes de changement. Par exemple, Monsieur « X », patient souffrant d'une schizophrénie paranoïde et consommant abusivement de la cocaïne, de l'alcool et du cannabis, se sentait initialement très impuissant face à sa consommation et ses problèmes de santé mentale, particulièrement ses angoisses paranoïdes et son agressivité. L'abstinence n'était donc pas envisageable pour ce patient malgré son désir de cesser toutes drogues. De plus, en raison de ses sentiments de persécution intenses, il avait beaucoup de difficulté à sortir de chez lui et se présenter aux rencontres du groupe DD. La relation avec Monsieur « X » s'est construite tranquillement où il était encouragé à se présenter malgré ses angoisses paranoïdes. L'alliance thérapeutique étant présente, nous l'avons relancé fréquemment par le biais du courrier. Au cours des années, le patient s'est graduellement présenté plus régulièrement au groupe, a fait l'expérience de quelques jours d'abstinence et a commencé à exprimer sa colère sans attaquer les gens. Après trois ans, ce patient ne s'est jamais porté aussi bien que maintenant. Il a cessé de consommer la cocaïne et l'alcool depuis cinq mois, a des activités sociales plus variées (par exemple, meetings A.A., bicyclette, ergothérapie, activités avec des or-

ganismes communautaires, etc.) et éprouve beaucoup moins de difficultés dans ses relations, ayant appris à s'affirmer de façon non agressive. Il se présente à toutes les rencontres et est même devenu un des « leaders » du groupe DD.

Par contre, l'avidité, l'idéalisation et la pensée magique inébranlables de certains patients, les angoisses paranoïdes trop intenses ou encore les symptômes négatifs précipitant certains patients dans une passivité sévère, rendent parfois l'intervention extrêmement ardue. Par exemple, Monsieur « Y », schizophrène paranoïde et alcoolique, se sentait enragé face aux thérapeutes qui ne pouvaient répondre à ses attentes idéales de combler un vide intérieur impossible à assouvir. Monsieur « Z », ne souhaitant qu'un monde idéal où il n'aurait que du plaisir, a graduellement abandonné le groupe DD et une ressource d'hébergement en santé mentale. Dans ces circonstances, il est souhaitable d'accepter, en tant qu'intervenants, notre sentiment d'impuissance. L'insistance thérapeutique exagérée afin de lutter contre ce sentiment désagréable amène souvent ces patients à fuir davantage la relation thérapeutique. Nous suivons ainsi ces patients à distance par le biais de leurs intervenants ou du service de confiance et tentons de profiter d'une occasion lorsqu'ils ouvrent la porte.

### **Description du groupe DD du CSMC**

Le groupe DD du CSMC s'adresse aux patients souffrant de psychose et d'un problème d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances psychotropes. Ce groupe, sous sa forme actuelle, est fermé et comprend 15 rencontres hebdomadaires d'une heure, à thèmes définis. Initialement, il avait le mandat de servir de tremplin vers les ressources spécialisées en toxicomanie. Cependant, ces patients ne les consultent pas ou peu. Pour ces raisons, nous avons adopté une vision longitudinale et les patients sont encouragés à participer à plus d'un groupe jusqu'à ce qu'ils se sentent suffisamment solides par rapport à la consommation. Quatre patients ont quitté le groupe parce qu'ils avaient plus d'un an d'abstinence.

Les participants aux rencontres du groupe DD sont référés par une équipe traitante en psychiatrie du CHUM. Les patients référés au groupe sont donc déjà suivis par une équipe traitante. Ils ont ainsi déjà reçu un diagnostic de psychose. Pour la plupart des patients, le problème de santé mentale est chronique. Suite aux références, les équipes traitantes gardent leur statut auprès du patient. En effet, des contraintes financières et de temps n'ont pas permis le développement d'un réel modèle intégré. Le programme DD du CSMC se situe entre un modèle intégré et

un modèle parallèle. L'équipe traitante et l'équipe DD ne sont pas actuellement fusionnées. Par contre, les services étant offerts dans une même institution, il est possible pour le responsable du groupe d'assurer une certaine intégration des deux volets dans le traitement de ces patients.

Lorsque référés, les patients sont rencontrés en évaluation individuelle afin de discuter de leur type de consommation et de la fréquence, de l'histoire d'abus ou de dépendance, des périodes d'abstinence, des besoins que comble la consommation et des conséquences de cette consommation, leur réseau de support et de socialisation et de leurs conditions de vie. L'histoire reliée aux problèmes psychiatriques est également explorée. Une attention particulière est portée sur l'étape de changement où se situe le patient au moment de sa consultation et son opinion sur la référence au groupe DD. En effet, seulement 16 % des patients ont été référés au groupe à leur demande.

### **Participation et caractéristiques des participants du groupe DD**

La participation aux rencontres du groupe DD était relativement faible. L'absentéisme était un problème important. Les périodes de rechute tant par rapport à la consommation qu'aux problèmes psychiatriques et la faible motivation de certains patients seraient les principaux facteurs explicatifs. Toutefois, dès l'instauration de l'approche motivationnelle (Groupe 3), la moyenne du taux de fréquentation à chacune des rencontres a considérablement augmenté. De plus, le nombre de patients ayant participé à plus de dix rencontres a augmenté et le nombre de patients présents à moins de cinq rencontres a considérablement diminué. Plusieurs patients ont participé au groupe à plusieurs reprises et, depuis deux ans, un noyau, comprenant sept ou huit patients, s'est formé consolidant la dynamique de groupe (tableau 1). Nous avons recruté 18 patients pour le groupe de février 2001 (Gr5) et 15 patients y sont actifs présentement.

Tableau 1

#### **Pourcentage de participation et moyenne du taux de fréquentation**

	Gr1	Gr2	Gr3*	Gr4*
Nombre de participants	10	14	<b>13</b>	<b>11</b>
% patients présents à plus de 10 rencontres	30,0	23,5	<b>38,5</b>	<b>36,4</b>
% patients présents à moins de 5 rencontres	20,0	35,3	<b>7,7</b>	<b>27,3</b>
Moyenne du taux de fréquentation à chacune des rencontres	48,0	40,9	<b>54,4</b>	<b>52,7</b>

\* Utilisation de l'approche motivationnelle

Sur les 39 patients rencontrés depuis avril 1999, 69,2 % souffrent d'une forme ou l'autre de schizophrénie, 12,8 % et 17,9 % de trouble bipolaire et de trouble de personnalité limite avec psychose respectivement. L'alcool, le cannabis et la cocaïne sont les substances les plus problématiques pour les patients ayant une comorbidité. Plusieurs consomment deux ou trois de ces substances à la fois. La consommation d'hallucinogènes et de benzodiazépines est plutôt rare (tableau 2).

Tableau 2  
Pourcentage des problèmes psychiatriques et de toxicomanie

Diagnostiques psychiatriques	%	Toxicomanies	%
Schizophrénie paranoïde	<b>28,2</b>	Alcool	<b>74,4</b>
Trouble schizo-affectif	<b>25,6</b>	Cannabis	<b>51,3</b>
Troubles schizophréniformes	<b>15,4</b>	Cocaïne	<b>46,2</b>
Troubles limites avec psychose	<b>17,9</b>	Hallucinogènes ou anxiolytiques	<b>10,3</b>
Trouble bipolaire	<b>12,8</b>	Alcool + cocaïne	<b>17,9</b>
		Alcool + cannabis	<b>12,8</b>
		Alcool + cocaïne + cannabis	<b>17,9</b>

### Contenus des rencontres de groupe

Tel que déjà mentionné, le groupe DD a été construit en tenant compte des étapes de changement, ce que l'on nomme un groupe à progression graduée (Mueser et Noordsy, 1996). Ce groupe constitué de 15 rencontres hebdomadaires est donc divisé en trois phases progressives. Les deux premières phases sont inspirées de l'approche motivationnelle et la troisième consiste à utiliser les outils de l'approche cognitive-comportementale. Cependant, nous ne pouvons traverser ces phases qu'en tenant compte de la progression individuelle de chacun des membres du groupe.

La phase I consiste à aider les patients à prendre conscience des diverses facettes de la consommation et vise un travail sur l'ambivalence. Des informations sont alors données sur les troubles de santé mentale, sur la médication et l'interaction avec les substances. Une exploration des coûts et bénéfices de la consommation et de l'arrêt de consommation ainsi que des situations d'exception, situations où la personne n'a pas ou peu le désir de consommer, est entreprise. La roue du changement constituée des étapes de Prochaska et DiClemente (1992) est présentée et les patients sont amenés à se situer dans cette roue. Cette phase vise principalement à motiver les patients vers un changement même s'ils ne se situent pas tous aux mêmes étapes.

La phase II vise à un engagement vers un changement tel que défini par les patients eux-mêmes. Chacun des membres du groupe est amené à définir un objectif réaliste, concret pour lui-même et permettant l'amélioration de sa qualité de vie. Cette phase est discutée en groupe pour favoriser un engagement et l'entraide entre pairs vers l'atteinte des objectifs.

La phase III, pour sa part, vise à offrir des outils afin d'amener des changements tout en tenant compte des objectifs de chacun des participants. Ainsi, des thèmes tels que l'affirmation de soi, la résolution de problèmes, la relaxation, le cycle d'assuétude de la rechute et l'identification des situations à risque sont abordés à travers des jeux de rôle et des discussions de groupe.

Le bilan des rencontres de groupe se fait lors de la dernière rencontre de groupe et à partir d'une rencontre individuelle consistant à discuter de l'implication et des changements vécus par chacun des membres du groupe.

De toute évidence, lorsque les comportements toxicomaniaques ont diminué, il est possible d'intervenir de plus en plus sur les conflits intrapsychiques et relationnels. Les problèmes relationnels, la violence interne qui habite les patients, les difficultés à renoncer aux idéaux, les manques ressentis, etc. ainsi que les solutions afin de pallier ces difficultés peuvent être abordées. Les difficultés relationnelles, particulièrement les sentiments de persécution, sont abordées par le biais des relations qu'ils développent entre eux. Les patients psychotiques ont tendance initialement à investir l'intervenante principale et sont très réticents par rapport aux membres du groupe. Cependant, il s'est installé, au cours des années, des relations véritables entre les patients du groupe permettant à ce moment d'intervenir *in vivo* sur leurs difficultés relationnelles. Nous savons que nous avons franchi une étape considérable du traitement lorsque les patients nous disent qu'ils ont eu recours à l'image du groupe lors de moments difficiles dans leur vie (par exemple, conflits, situations à risque, sentiments d'angoisse, de dépression, etc.). Ainsi, ils ont pu introduire à l'intérieur d'eux une instance bienveillante.

## Conclusion

L'expérience au CSMC de l'Hôpital Saint-Luc montre la pertinence de remettre constamment en question nos interventions auprès des patients ayant une comorbidité afin de les adapter le plus possible à leur réalité complexe. La mise sur pied d'activités de groupe en milieu psychiatrique s'adressant aux deux problématiques de façon concomitante, l'adoption d'une perspective longitudinale et d'une approche mo-

tivationnelle a donné des résultats intéressants auprès de cette clientèle souvent peu motivée à changer leur consommation. Les intervenants impliqués auprès de ces patients doivent s'armer de patience et ajuster leurs interventions à l'étape de changement où se situe le patient. Pour y réussir, le travail en équipe multidisciplinaire est essentiel et doit continuer.

L'intervention de groupe favorise une entraide entre pairs qui est fort précieuse. Alors que les patients avaient tendance initialement à investir le thérapeute principal et que les échanges entre eux étaient limités, la formation d'une cohésion à l'intérieur du groupe fut possible avec le temps.

Le développement d'un réel programme intégré comme le propose la documentation est un de nos objectifs principaux. Dans cette perspective, nous serions l'équipe traitante désignée pour intervenir à la fois pour les problèmes psychiatriques et de toxicomanie. Il serait utile de mettre sur pied un programme de recherche combiné à la clinique qui permettrait de soutenir nos interventions.

Étant donné le nombre de plus en plus élevé de patients référés au groupe et une plus grande participation de leur part, nous aimerions aussi mettre sur pied un groupe supplémentaire. Non seulement cet ajout nous permettrait-il de répondre plus adéquatement à la demande de plus en plus forte, mais il favoriserait également une meilleure adaptation aux patients dont les niveaux de motivation sont différents. Deux groupes seraient ainsi mis sur pied : le premier serait un groupe pour les patients en précontemplation, en contemplation et en préparation, et le second s'adresserait aux patients en action, en phase de maintien et en rechute.

La désorganisation sociale et psychiatrique, notamment les troubles cognitifs graves, font en sorte que certaines personnes n'ont pas les ressources pour demander de l'aide. L'approche motivationnelle ne peut être bénéfique dans ces cas que lorsque l'intervenant se déplace lui-même et s'adapte à la réalité de ces personnes. Le développement d'intervention de type « outreach » (suivi intensif dans le milieu) devient alors essentiel. Notre réflexion pour l'avenir comporte donc, idéalement, la création d'un tel volet pour notre programme.

Le développement d'interventions favorisant l'insertion sociale est également une priorité pour l'avenir. L'abstinence laisse souvent un grand vide pour ces patients et le développement de leurs compétences permet une actualisation de soi et est déterminant pour l'amélioration de leur qualité de vie.

## Références

- CAREY, K. B., 1996, Treatment of co-occurring substance abuse and major mental illness, *New Directions for Mental Health Services*, 70, 19-32.
- CHASSÉ, B., GAGNÉ, C., MORIN, F., 1999, Pilot project : group for dually diagnosed patients, *Psychiatry in a Changing World, International Congress Series 1179*, 367-370.
- CLEMENT, J. A., WILLIAMS, E. B., WATERS, C., 1993, The client with substance abuse/mental illness : Mandate for collaboration, *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 4, 189-196.
- DRAKE, R. E., BARTELS, S. J., TEAGUE, G. B., NOORDSY, D. L. CLARK, R. E., 1993, Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 606-611.
- DRAKE, R. E., MUESER, K. T., eds., 1996, Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse, Volume 2 : Recent Research and Clinical Implications, *New Directions for Mental Health Services*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 70, 115 p.
- DRAKE, R. E., MUESER, K. T., 2000, Psychosocial approaches to dual diagnosis, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1, 105-118.
- GAGNÉ, C., 1999, Traitement de groupe pour patients avec un double diagnostic : Une expérience de quatre ans, *Psychotropes*, 5, 4, 63-72.
- MCLELLAN, T., LUBOSKY, A. T., O'BRIEN, C. P., WOODY, C. E., 1980, An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients, The Addiction Severity Index, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 1, 26-33.
- MERCIER, C., BEAUCAGE, B., 1997, *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S., 1991, *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior*, The Guilford Press, New York.
- MINKOFF, K., 1991, Program components of a comprehensive integrated care system for serious mentally ill patients with substance disorders, *New Directions for Mental Health Services*, 50, 13-27.
- MUESER, K. T., NOORDSY, D. L., 1996, Group treatment for dually diagnosed clients, *New Directions for Mental Health Services*, 70, 33-51.
- POIRIER, M., 1996, La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants, *Cahiers de recherche sociologique*, 27, 87-97.

- PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C., 1992, The transtheoretical approach, in Norcross, J.C., and Goldfried, M.R., eds, *Handbook of Psychotherapy Integration*, Basic Books, New York, 300-334.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, 1999, *Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie*, Rapport du Comité d'experts, Mars 1999.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L., GOODWIN, F. K., 1990, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *JAMA*, 264, 19, 2511-2518.
- SKINNER, H. A., ALLEN, B. A., 1982, Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation, *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199-209.
- SKINNER, H. A., 1984, Instruments for assessing alcohol and drug problems, *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 3, 21-33.

## ABSTRACT

### Concomitant treatment of psychosis and drug addiction

The high prevalence of addiction problems of people with psychosis and the lack of resources to respond to their complex reality has led a multidisciplinary team at the Centre de santé mentale communautaire (CSMC) to establish a group allowing interventions on drug addiction and psychosis in a concomitant way. Following a brief presentation of problems and intervention models proposed in the literature, this article aims at summarizing the experience of the CSMC and their strategy in order to respond to the needs of these patients. Thus, this article presents the reasons for modifications made over the years, the relevance of the motivational approach with these patients who are often unmotivated in changing their behaviour regarding substance abuse and the strengths and limits of this approach. The objectives of the therapeutic group, the framework, content and clientele are then discussed. Finally the authors examine various perspectives.

## RESUMEN

### Tratamiento concomitante de la psicosis y de la toxicomanía

La prevalencia elevada de problemas de toxicomanía en psicóticos y el poco de recursos respondiendo a su realidad compleja han conducido un equipo multidisciplinario del Centre de santé mentale communautaire (CMDM) del hospital Saint-Luc a poner en pie un grupo que

permite intervenciones sobre la toxicomania y la psicosis de manera concomitante. Siguiendo la breve presentación de la problemática y de los modelos de intervención recomendados en la literatura, el artículo apunta sobre la experiencia del equipo del CSMC y su estrategia para responder a las necesidades de estos pacientes. Así, el artículo presenta las razones de modificaciones llevadas durante los primeros años, la pertinencia del aproximación motivacional con estos pacientes frecuentemente poco motivados a cambiar sus comportamientos toxicomaniacos y las fuerzas y límites del aproximación. Los objetivos del grupo de terapia, el cuadro instalado, el contenido y la clientela apuntada están después abordados. El artículo se termina con las perspectivas del futuro.