

Info-toxico

Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec
MAI 2011 Vol. 23 N° 1



Les troubles concomitants

De quoi parle-t-on?

Le terme trouble concomitant fait référence à la présence simultanée d'un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances et de troubles mentaux chez une même personne. Techniquement, les personnes aux prises avec un trouble concomitant peuvent présenter une combinaison de troubles mentaux ou psychiatriques en présence simultanée de troubles d'abus ou de dépendance aux diverses substances psychoactives. En effet, on constate et on se préoccupe davantage de la présence de polytoxicomanie (consommation de plus d'une substance) et de plus d'un diagnostic psychiatrique (troubles cliniques tels que troubles d'humeur, d'anxiété, psychotiques et de troubles de personnalité) chez les usagers qui fréquentent les services de Domrémy. Il est facile de comprendre que la complexité des croisements augmente les difficultés tant au niveau du dépistage, de l'évaluation que de l'orientation du traitement. On note par exemple un plus grand risque d'erreurs au plan du diagnostic, un plus grand risque d'incohérences entre les divers traitements et une difficulté plus marquée à maintenir ces personnes en traitement – FQCRPAT, 2005. De plus, la présence de troubles concomitants augmente la probabilité d'hospitalisations, des risques suicidaires, de désorganisation sociale et professionnelle, d'itinérance, de violence et de problèmes judiciaires – Santé Canada, 2002. À partir de leurs travaux, plusieurs auteurs – Rush, 2004 cité dans FQCRPAT, 2005; Adamson, 2006 – concluent que les problématiques multiples constituent maintenant la norme plutôt que l'exception lorsqu'une toxicomanie est présente dans le tableau clinique.

Prévalence

Dans les services d'aide en toxicomanie, plus de 50 % et jusqu'à 74 %, selon certaines études – Stewart, 2009; Schütz et al., 2009, des demandeurs d'aide présentent également un problème de santé mentale à l'axe 1 du DSM (troubles cliniques excluant les troubles de personnalité). On estime que le taux de troubles de l'humeur chez les utilisateurs de ces services varie de 41 à 60 % et de 33 à 43 % pour ce qui est des troubles anxieux – Grant et al., 2004. Alors que 16 à 21 % des demandeurs d'aide dans les services en santé mentale sont aux prises avec une toxicomanie – Grant et al., 2004. Chez les adolescents (15-17 ans) en traitement pour la toxicomanie, 36,2 % d'entre eux présenteraient aussi un trouble dépressif alors que 17,2 % souffriraient d'un trouble anxieux – Chan et al., 2008. On constate aussi que la présence d'un des deux troubles augmente la

probabilité de la présence de l'autre trouble. Cette probabilité, que l'autre trouble survienne, augmente ainsi de manière significative en lien avec le niveau de gravité du premier trouble. Donc, plus un trouble est sévère plus la possibilité que l'autre trouble se manifeste à son tour est élevée.

Plus spécifiquement, nous nous attarderons aux troubles anxieux et de l'humeur en concomitance avec les troubles de toxicomanie. Nous éprouvons tous de l'anxiété, mais lorsque cette anxiété perturbe le fonctionnement d'une personne dans divers domaines de sa vie ou provoque d'intenses malaises, on parle alors de troubles anxieux. Ces troubles anxieux se manifestent sous forme d'activation somatique (tensions, rythme cardiaque accéléré, sudation, etc.), de symptômes cognitifs (obsessions, inquiétudes, etc.) et par de l'évitement comportemental ou cognitif excessif (éviter des situations, objets ou pensées sources d'anxiété).

Lorsqu'un trouble anxieux est présent chez un individu, ce dernier court de 2 à 5 fois plus de chance de développer un problème de consommation de substance que les non-anxieux selon des enquêtes démographiques – Stewart, 2009.

En ce qui concerne les personnes présentant des troubles de l'humeur, elles sont plus susceptibles de développer un trouble de toxicomanie et devenir dépendantes. Chez les personnes présentant un trouble bipolaire, la présence d'un trouble lié aux substances est la plus élevée parmi les troubles de l'humeur à près de 60 %. La prévalence des troubles concomitants devient de plus en plus évidente selon l'ensemble des études.

L'éternelle question

Lorsque l'on parle de troubles concomitants, vient presque automatiquement la question : «Quelle en est la cause et lequel de ces troubles influence l'autre?» Il existe donc au moins quatre possibilités :

- 1) L'automédication des troubles anxieux et dépressifs par la consommation.
- 2) Le développement de symptômes psychiatriques induits par la consommation de substances ou leur sevrage.
- 3) L'indépendance des troubles où chacun persiste en l'absence de l'autre.
- 4) La vulnérabilité commune à l'anxiété, aux variations de l'humeur et à la toxicomanie.

CENTRES DE SERVICES

BÉCANCOUR	819 298-2144 p. 535	PLESSISVILLE	819 362-6301 p. 254
DRUMMONDVILLE	819 475-0242	SHAWINIGAN	819 536-0004
LA TUQUE	819 523-6113	STE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN	418 362-2727
LOUISEVILLE	819 228-2731 p. 3331	SAINT-TITE	418 365-7555
NICOLET	819 293-2071 p. 52344	TROIS-RIVIÈRES (Centre administratif)	819 374-4744
TROIS-RIVIÈRES (Hébergement) (secteur Pointe-du-Lac)	819 377-2441	VICTORIAVILLE	819 752-5668

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE



Vous trouverez tous les numéros de l'Info-toxico sur notre site Internet :

www.domremymcq.ca

Vous aimeriez réagir à cet article, vous pouvez nous écrire à l'adresse Internet suivante :

domremymcq@ssss.gouv.qc.ca

Dans cette dernière catégorie, on fait référence soit à des caractéristiques de la personnalité (recherche de sensations fortes, personnalité anxieuse, etc.), à une prédisposition génétique aux deux troubles et enfin à des facteurs environnementaux communs (éducation, perturbations familiales, traumatismes de l'enfance, etc.) qui prédisposent la personne à développer un trouble de l'humeur, d'anxiété autant qu'un trouble lié à l'utilisation de substances.

La théorie de l'automédication stipule que les gens tentent de traiter leurs troubles de l'humeur ou d'anxiété en consommant des drogues ou de l'alcool. Chez les personnes présentant un trouble de l'humeur, la consommation serait utilisée pour agir sur la dysphorie, la faible estime de soi, etc. Cependant, les dernières études sont peu concluantes pour appuyer la thèse de l'automédication chez les troubles de l'humeur. Il semble que les troubles de toxicomanie débutent souvent avant l'apparition des troubles de l'humeur. Néanmoins, les personnes qui présentent des états maniaques, hypomaniaques ou mixtes pourraient développer un trouble lié à l'utilisation de substances en lien avec leur trouble de l'humeur – Schütz, 2009 ; Levin et Hennessy, 2004. En contrepartie, les troubles de l'humeur induits par la consommation sont reconnus et font partie d'un diagnostic spécifique du DSM-IV (troubles induits par la substance). Il n'est toutefois pas toujours évident de départir l'ordre d'apparition des troubles pour établir un diagnostic clair de troubles indépendants ou induits par l'autre. En ce qui concerne les troubles anxieux, les effets recherchés sont la somnolence, la diminution des tensions et l'atténuation du niveau de conscience. Des études ont démontré que les personnes qui utilisent une substance telle l'alcool pour automédicamentent leurs troubles anxieux variait de 7,9 % pour la phobie sociale à 35,6 % pour le trouble d'anxiété généralisée.

Cette automédication chez les porteurs de troubles anxieux serait significativement associée à un risque accru de développer un trouble de l'humeur, des troubles de toxicomanie et d'idéations suicidaires – Bolton et al., 2006. De plus, un haut niveau d'anxiété non traitée serait un prédicateur de rechute dans la toxicomanie.

Dans les troubles anxieux, les substances ayant des propriétés dépressives, calmantes et apaisantes (alcool, sédatifs, tranquillisants) seraient davantage associées à l'autotraitement de l'anxiété (ex. : diminuer le risque d'attaque de panique, réduire les peurs et l'inquiétude). On peut comprendre l'aspect très renforçateur de l'évitement des symptômes d'anxiété et des peurs par le recours à de telles substances. Les dernières études sur le sujet démontrent un aspect crucial et révélateur. Dans trois quarts des cas de comorbidité (anxiété-toxicomanie), le trouble anxieux survient en premier lieu soutenant ici la théorie de l'automédication. Chez cette population, les troubles anxieux se maintiennent même après une période d'abstinence prolongée aux substances lorsqu'ils se sont manifestés avant la dépendance (75 %) et se résorbent dans la majorité des cas lorsque la toxicomanie est survenue avant le trouble anxieux (25 %). Par contre, la consommation de substances stimulantes (cocaïne, amphétamine) pourrait engendrer des troubles anxieux ou les exacerber. De plus, les sevrages répétés de ces drogues intensifieraient l'anxiété – Kushner et al., 2008.

Évidemment, il s'agit des hypothèses les plus probables qui n'excluent pas les autres possibilités mais qui peuvent nous éclairer quant à leurs implications pour la compréhension du phénomène et nous orienter vers les meilleurs traitements.

En effet, la recherche souligne que, dans la grande majorité des cas, l'anxiété subsiste malgré l'arrêt de consommation de substances après que les symptômes de sevrage se soient estompés laissant supposer que l'anxiété causée par la consommation de substances est un phénomène plus modeste. Néanmoins, dans le cas de l'anxiété généralisée, la résolution efficace de la toxicomanie aurait un impact positif sur ses symptômes en les diminuant. Par contre, en ce qui concerne les troubles de stress post-traumatique (TSPT), la phobie sociale et le trouble panique, le traitement de la toxicoma-

nie n'aurait pas le même impact soulevant l'idée que ces dernières comorbidités relèveraient davantage de l'automédication ou seraient indépendantes – Kushner et al. 2005. D'ailleurs, les personnes aux prises avec un TSPT courent de 2,5 à 4,5 % plus de probabilités d'obtenir un diagnostic de dépendance aux substances que la population générale. De plus, autour de 30 % des personnes en traitement dans les centres en toxicomanie répondent aux critères du TSPT – Simoneau et Guay, 2008. Dans cette comorbidité, la thèse de l'automédication pour gérer l'insomnie, l'hypervigilance, la détresse psychologique reçoit le soutien empirique des recherches.

En résumé, chez les individus présentant des troubles concomitants (anxiété-toxicomanie), dans 75 % des cas, l'anxiété se développerait en premier et il est moins fréquent que la consommation de substances soit à l'origine des troubles anxieux excepté pour les consommateurs de stimulants. Les troubles de l'humeur et la toxicomanie concomitante pourraient s'expliquer par une vulnérabilité commune liée à des facteurs génétiques ou environnementaux ou par le déclenchement du trouble de l'humeur par les habitudes de consommation excessive ou leur sevrage – Stewart, 2009; Schütz et Young, 2009.

Les constats et impacts reliés au traitement

Que ce soit l'une ou l'autre des théories retenues lorsque les deux troubles (toxicomanie et santé mentale) sont présents simultanément, il s'installe un cercle vicieux où chacun des troubles maintient ou exacerbe l'autre.

Ce principe laisse croire que si l'on ne traite qu'un des troubles sans se préoccuper de l'autre, le risque de rechute s'avère très élevé. Il suffit de penser par exemple, qu'en ne traitant que la toxicomanie chez les personnes présentant une comorbidité avec un trouble anxieux, les symptômes de panique ou d'anxiété risquent de réapparaître à l'arrêt des substances. Sans stratégies pour gérer l'anxiété adéquatement, le recours connu aux substances risque de reprendre. De l'autre côté, si on tente de traiter uniquement le trouble anxieux, il est admis que l'issue du traitement est incertaine puisque dans le traitement de l'anxiété il faut confronter pleinement les situations que la personne redoute pour avoir un impact favorable sur la diminution de l'anxiété, la consommation s'avérant alors une embûche à l'exposition à l'anxiété. De plus, les procédures d'exposition utilisées dans les traitements des troubles anxieux augmentent l'intensité émotionnelle qui peut déclencher à son tour des rechutes à l'utilisation des substances qui sont également plus fréquentes chez les personnes présentant aussi un trouble anxieux – Driessen et al., 2001 cité dans Stewart, 2009, 1-15.

La présence de toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et d'anxiété entraîne une moins fiable observance au traitement pharmacologique et réduit ainsi les probabilités de rétablissement ou entraîne une réponse moins efficace aux traitements. De plus, l'ambivalence ou la résistance qu'opposent plusieurs usagers à prendre en mains leurs problèmes de toxicomanie lié au renforcement de l'apaisement momentané des symptômes anxieux et dépressifs que procure la substance, ajoutent au défi.

Souvent, devant la contrainte de devoir traiter un trouble et d'attendre pour traiter l'autre selon les réalités de l'organisation des services du milieu, nous nous retrouvons confrontés à des rechutes tant en toxicomanie qu'au niveau des troubles anxieux et dépressifs. Ainsi, ces usagers feront une utilisation accrue des services pour tenter de résoudre leurs difficultés. Il s'avère donc important, selon les meilleures pratiques et recommandations s'appuyant sur les récentes recherches, de traiter simultanément les deux troubles après le dépistage et l'évaluation rigoureuse des troubles en présence. Il convient de s'assurer d'un arrêt minimal de la consommation de substances afin que les symptômes induits se résorbent et que l'évaluation permette une distinction plus nette des troubles anxieux et dépressifs indépendants. Une bonne connaissance des divers symptômes associés aux deux troubles est essentielle afin d'éviter d'interpréter les symptômes

et comportements (ex. : évitement, apathie, réactions émotionnelles, etc.) comme de la résistance, manque de motivation, mauvaise volonté, manipulation qui ont souvent pour effet de réduire l'empathie des intervenants et ainsi l'issue ou l'efficacité du traitement. Cela est vrai pour l'ensemble des troubles y compris les troubles de personnalité.

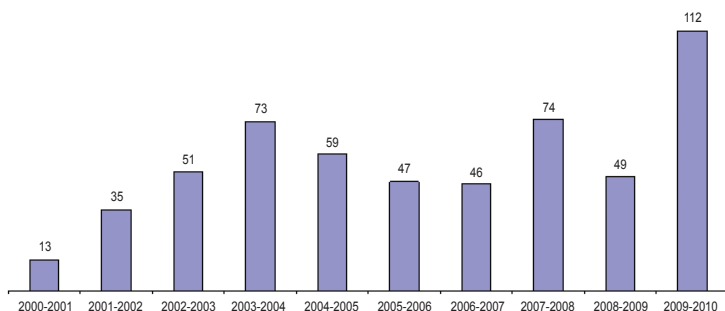
Il faut favoriser également l'implication des partenaires et l'accessibilité à des soins adaptés et rapides. Des traitements simultanés sont recommandés et parfois des traitements intégrés (ex. : trouble de stress post-traumatique et toxicomanie) sont requis afin d'améliorer l'issue du traitement. Si le traitement s'effectue en service parallèle, il a avantage à être simultané et non séquentiel et, implique qu'une concertation efficace soit assurée entre les services en toxicomanie et en santé mentale pour réduire les incohérences dans les traitements – FQCRPAT, 2005.

Notre expérience à Domrémy MCQ

Devant l'évidence accrue des troubles concomitants et du défi clinique qu'ils représentent, nous avons créé des postes de psychologues depuis le début des années 2000 afin de répondre plus adéquatement à cette réalité grandissante. Cette initiative s'inscrivait dans une stratégie globale afin de mieux répondre aux impératifs de l'intervention auprès de ces usagers. Le dépistage précoce et systématique des divers troubles de santé mentale par l'ensemble de nos intervenants est dorénavant mis de l'avant. Cela permet ainsi d'orienter vers les psychologues, les usagers (adultes et adolescents) qui fréquentent l'une ou l'autre de nos douze installations, chez qui nous soupçonnons ou questionnons leur état mental. Les psychologues procèdent alors à une évaluation psychologique une fois la stabilisation, si nécessaire, des symptômes aigus (état psychotique, suicidaire, etc.) complétée. Une période de stabilisation minimale des troubles de dépendance est également requise à l'évaluation afin d'obtenir un portrait clinique plus fiable de l'usager. Les divers symptômes, qui sont reliés à l'intoxication et au sevrage aux substances après une période d'abstinence de quelques semaines, risquent de s'estomper et ainsi moins biaiser les résultats de l'évaluation. Les principaux outils d'évaluation utilisés sont le *Structured Clinical Interview for the DSM* (SCID I et II), l'*Inventaire de Personnalité Révisé – Néo-Pi-R*, le *MACI*, etc.

La Figure 2 présente l'évolution des évaluations psychologiques produites au sein des services de Domrémy depuis le début des années 2000.

Figure 2 : Nombre d'usagers ayant entrepris une évaluation psychologique à Domrémy MCQ



Une étude en 2005 auprès d'un échantillon de 175 évaluations psychologiques réalisées à Domrémy révélait une présence marquée (68 %) de troubles mentaux à l'axe 1 ou 2 du DSM, indépendamment de la problématique en dépendance (voir Figure 3). De plus, parmi les troubles mentaux présents à l'axe 1, les troubles anxieux étaient les plus prévalents (voir Figure 4).

Selon le diagnostic psychologique envisagé, des orientations et recommandations sont dégagées concernant le traitement à privilégier en tenant compte des meilleures pratiques dans le domaine

des troubles concomitants. Une évaluation constante est nécessaire afin d'adapter le plan de traitement en fonction des symptômes de troubles d'humeur et d'anxiété non soulagés par l'arrêt de consommation. Un traitement court terme (8 à 15 rencontres), généralement d'orientation cognitivo-comportementale, est alors offert aux usagers pour qui la gravité du trouble anxieux ou dépressif ne nécessite pas une hospitalisation et que les conditions de stabilisation générale sont réunies. Il nous est alors possible d'offrir une intervention simultanée aux deux troubles tout en demeurant en étroit lien avec les divers intervenants interdisciplinaires (médecin, intervenants sociaux, soins infirmiers, psychologues) de l'organisation œuvrant auprès de l'usager afin de coordonner les interventions de manière cohérente. Par contre, dans plusieurs cas (stabilisation hospitalière, traitement psychiatrique spécialisé requis, chronicité et sévérité des problèmes) une référence doit être effectuée auprès de nos partenaires en santé mentale des différents territoires de la région (CSSS, CH et autres). Des efforts considérables dans les dernières années ont été consenties (ententes de collaboration formelle, formations croisées, efforts de concertation) afin d'améliorer les trajectoires de service et le partenariat pour la clientèle aux prises avec ces troubles concomitants afin de faciliter l'accès aux divers services que nécessite leur condition. Ces efforts donnent déjà des résultats impressionnants, efficaces et encourageants.

Figure 3 : Résultats des évaluations au SCID I et II

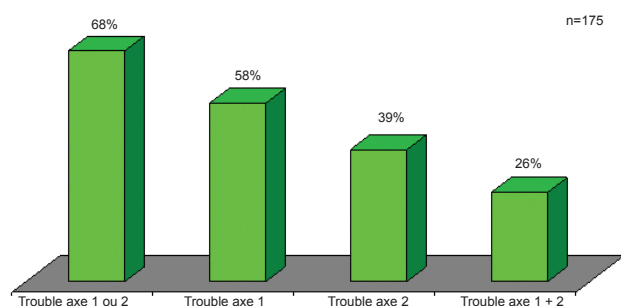
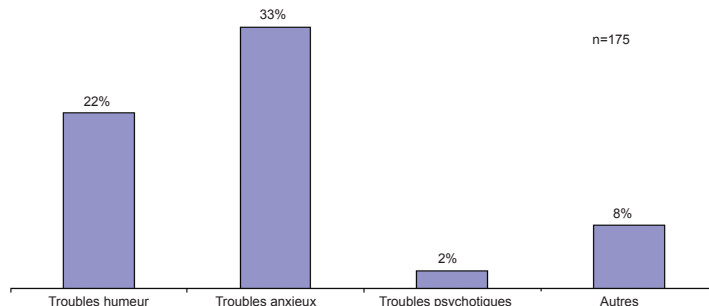


Figure 4 : Catégorie de troubles à l'axe 1



Cependant, les délais d'accès, bien que grandement améliorés, varient d'un centre de santé à un autre et certains usagers demeurent en attente de soins, augmentant ainsi les risques de rechutes. Ces délais variables démontrent l'importance de poursuivre nos efforts d'engagements communs vers des services aussi simultanés que possible plutôt que séquentiels dans l'espoir de tendre éventuellement vers une intégration des traitements tant recommandée par les études pour certains troubles concomitants.

Michel Pellerin,
psychologue à Domrémy MCQ

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON, S.J., F.C. TODD, J.D. SELLMAN, T. HURIWAI et J. PORTER (2006). « Coexisting psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 40, p. 164-170.
- BOLTON, J., B.J. COX, I. CLARA et J. SAREEN (2006). « Use of Alcohol and Drugs to Self-Medicating Anxiety Disorders in a Nationally Representative Sample », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 194, p. 818-825.
- CHAN, Y.F., M.L. DENNIS et R.R. FUNK (2008) « Prevalence and Comorbidity of Major Internalizing and Externalizing Problems among Adolescents and Adults Presenting to Substance Abuse Treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, p. 14-24.
- COMITÉ PERMANENT SUR LES TROUBLES CONCOMITANTS (2005). Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires. *Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Montréal*, 48 p.
- DRIESSEN, M., S. MEIER, A. HILL, T. WETTERLING, W. LANGE et K. JUNGHANNS (2001). « The Course of Anxiety, Depression and Drinking Behaviours after Completed Detoxification in Alcoholics with and without Comorbid Anxiety and Depressive Disorders », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 36, p. 20-35.
- GRANT, B.F., F.S. STRINSON, D.A. DAWSON, P. CHOU, M.C. DUFOUR, W. COMPTON, R.P. PICKERING et K. KAPLAN (2004). Prevalence and Co-Occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders, *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, p. 807-816.
- KUSHNER, M.G., K. ABRAMS, P. THURAS, K.L. HANSON, M. BREKKE et S. SLETTEN (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 29, p. 1432-1443.
- KUSHNER, M.G., R. KRUEGER, B. FRYE et J. PETERSON (2008). « Epidemiological Perspectives on Co-Occurring Anxiety Disorder and Substance Use Disorder. » Dans S.H. Stewart et P.J. Conrod (éd.), *Anxiety and Substance Use Disorders – The Vicious Cycle of Comorbidity*, p. 3-17, New York, Springer,
- LEVIN, F.R. et G. HENNESSY (2004). *Bipolar Disorder and Substance Abuse, Biological Psychiatry*, vol. 56, p. 738-748.
- RUSH, BRIAN (Juillet 2004). *Les troubles concomitants : leur prévalence, leurs répercussions et l'importance du dépistage. Présentation dans le cadre du Symposium estival national sur les toxicomanies. Troubles concomitants: les Meilleures Pratiques et leur mise en œuvre.*
- SANTÉ CANADA (2002). « Meilleures pratiques pour le traitement et le soutien des personnes atteintes de troubles concomitants », *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie*, Santé Canada.
- SCHÜTZ, CHRISTIAN G. et ALLAN H. YOUNG (2009). Les troubles de l'humeur et les troubles de toxicomanie. *Troubles concomitants, Toxicomanie au Canada, Canadian Centre on Substance Abuse – Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCSA-CCLAT)*.
- SIMONEAU, HÉLÈNE et STÉPHANE GUAY (2008). Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement. *Drogues, santé et société*, vol. 7, no 2, décembre 2008, p. 125-160.
- STEWART, SHERRY H. (2009). Les troubles d'anxiété et de toxicomanie. *Troubles concomitants, Toxicomanie au Canada, Canadian Centre on Substance Abuse – Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCSA-CCLAT)*.

Au babillard

Programmes mis à jour

Après avoir mis à jour le programme de services en externe pour la clientèle adulte/toxicomane et le programme de services en hébergement, Domrémy MCQ a réalisé ces derniers mois la mise à jour du programme de services s'adressant aux joueurs pathologiques. De même, les travaux visant à compléter la mise à jour du programme jeunesse (volet parent) ont aussi été complétés.

Les projets de recherche en cours

Domrémy MCQ est présentement impliqué dans plusieurs projets de recherche. Deux de ceux-ci sont sommairement décrits : a) TRAJECTOIRES DROGUE/CRIME DE MÈRES JUDICIARISÉES – Amélie Couvrette, étudiante à l'Université de Montréal : S'inscrivant dans le créneau de la parentalité, ce projet vise à mieux documenter les mécanismes d'influence entre la criminalité, la consommation de substances psychoactives et la maternité. Les implications de la maternité dans la problématique drogue-crime et le rôle de la mater-

nité dans la trajectoire de vie des femmes judiciairisées sont aussi documentés. b) USAGE NON MÉDICAL DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES PARMIS DES JEUNES ADULTES EN CENTRE DE RÉADAPTATION – Faicel Hessi, étudiant à l'Université de Sherbrooke : Ce projet vise à comprendre les attitudes et les contextes de l'usage de médicaments psychotropes à des fins récréatives ainsi que les liens pouvant exister avec la consommation d'autres substances.

Lancement de l'offre de service (synthèse)

Après avoir procédé en 2010 à la mise à jour de son offre de service, Domrémy MCQ a procédé au lancement d'un document synthèse, accessible à la population. Un événement médiatique a eu lieu le 22 mars 2011. Le document synthèse est disponible dans chacun des centres de services et sur le site Internet à l'adresse <http://www.domremymcq.ca/>

INFO-LIVRE

Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants

En collaboration avec des chercheurs et des experts cliniciens, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies publiait en 2009 Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants. Ce document cerne les nouvelles recherches et avancées cliniques en regard de la présence simultanée de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Le rapport résume les résultats des toutes dernières études et propose un certain nombre de domaines clés dans lesquels les nouvelles connaissances acquises sur les troubles concomitants permettent de concevoir des traitements ainsi que des activités de recherche et d'éducation en vue d'améliorer les services et transformer leur organisation. Le document, divisé en chapitres portant sur différentes catégories de problèmes de santé mentale, permet de comprendre pourquoi certains traitements fonctionnent pour certains troubles, mais moins pour d'autres. Le rapport Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants est accessible en ligne : www.cclat.ca