



## Formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, 1<sup>re</sup> partie : Survol de la pratique clinique et recommandations générales

Gilles Fleury, MD, FRCPC<sup>1</sup>; Robert Milin, MD, FRCPC<sup>2</sup>; David Crockford, MD, FRCPC<sup>3</sup>;  
Leslie Buckley, MD, FRCPC<sup>4</sup>; Dara Charney, MD, FRCPC<sup>5</sup>; Tony P George, MD, FRCPC<sup>6</sup>;  
Nady el-Guebaly, MD, FRCPC<sup>7</sup>

*Un énoncé de principes préparé par le Comité d'éducation de l'Association des psychiatres du Canada, et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 22 juin 2015.*

### Introduction

Les troubles d'utilisation de substances (TUS) et troubles addictifs désignent les troubles d'utilisation de substance et le jeu pathologique, une dépendance comportementale<sup>1</sup>. Ensemble, ils représentent quelques-uns des troubles de santé mentale les plus répandus, alors qu'on estime à 11 à 14 p. 100 la proportion de Nord-Américains qui répondent à un moment ou l'autre dans leur vie aux critères de TUS<sup>2-6</sup> et que 0,4 à 1,1 p. 100 additionnel répondent aux critères de

dépendance au jeu<sup>7</sup>. Les TUS font le plus souvent leur apparition chez les jeunes adultes (entre 18 et 20 ans), à l'exception des troubles d'utilisation du cannabis, lesquels apparaissent le plus souvent tard à l'adolescence (entre 16 et 18 ans). Les troubles de santé mentale concomitants sont souvent dépistés tôt, puis persistent jusqu'à l'âge adulte<sup>8-11</sup>. En plus de contribuer à une vaste gamme de problèmes sociaux, dont la violence, la négligence, la criminalité, le chômage, le suicide, les accidents et le dysfonctionnement familial, les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs contribuent de manière

<sup>1</sup> Professeur adjoint, département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario); directeur de l'éducation, division de toxicomanie et de santé mentale, Hôpital Montfort, Ottawa (Ontario).

<sup>2</sup> Professeur agrégé, département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario); directeur, Unité de traitement de jour pour les adolescents, programme Psychiatrie pour jeunes adultes, Centre de santé mentale Royal Ottawa, Ottawa; chef, Division de toxicomanie et de santé mentale, Centre de santé mentale Royal Ottawa, Ottawa (Ontario).

<sup>3</sup> Professeur agrégé, département de psychiatrie, University of Calgary; Foothills Medical Centre, Calgary (Alberta).

<sup>4</sup> Professeur adjoint, département de psychiatrie, University of Toronto, Toronto (Ontario); directeur, Services de toxicomanie, Toronto Western Hospital, Toronto (Ontario).

<sup>5</sup> Présidente associée et professeure agrégée, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal (Québec); directrice, Programme visant les toxicomanies du RUIS McGill, Unité des toxicomanies, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec).

<sup>6</sup> Professeur et codirecteur, division de la thérapie cérébrale, département de psychiatrie, University of Toronto, Toronto (Ontario); chef, division de schizophrénie, directeur médical, Programme de traitement des maladies mentales complexes, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario).

<sup>7</sup> Professeur et chef, division de toxicomanie, département de psychiatrie, University of Calgary, Calgary (Alberta); conseiller, Addiction Centre, Foothills Medical Centre, Calgary (Alberta).

© Copyright 2015. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2015-59.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

importante aux maladies pouvant potentiellement être évitées et aux décès prématurés, qui entraînent des coûts annuels à la société canadienne se chiffrant à 40 milliards de dollars<sup>12,13</sup>. Les comorbidités psychiatriques chez les personnes aux prises avec des troubles addictifs sont monnaie courante, alors qu'entre le quart et la moitié de tous les patients en quête d'un traitement psychiatrique répondent durant leur vie aux critères de TUS<sup>14-17</sup>, et chez les patients en quête d'un traitement de l'addiction, 40 à 60 p. 100 sont atteints d'un trouble de l'humeur indépendant (non lié à l'alcool ou aux autres substances)<sup>15</sup>.

Dans le système de santé canadien, les services de traitement de santé mentale et d'addiction fonctionnent traditionnellement en silo selon des philosophies différentes. Alors que l'on sait depuis longtemps que les personnes souffrant d'un trouble mental sévère et persistant et d'un trouble d'utilisation de substance concomitant répondent mal aux traitements de l'addiction visant l'abstinence<sup>18</sup>, la fragmentation actuelle des services a empêché la création d'une capacité spécialisée pour traiter efficacement cette population. Ces patients répondraient bien au traitement intégré, où le traitement de la maladie mentale et de l'addiction est dispensé par la même équipe de professionnels. En fait, plus de 50 études contrôlées ont établi l'importance d'intégrer le traitement des patients atteints de troubles concomitants, ce qui résout intrinsèquement les problèmes habituellement posés par les systèmes distincts de soins à ces personnes<sup>19</sup>. Pour ces raisons, les lignes directrices canadiennes de pratique clinique recommandent que toutes les personnes qui tentent d'obtenir de l'aide auprès de services de traitement de santé mentale subissent un test de dépistage des troubles concomitants d'addiction<sup>20</sup>. Le document *Meilleures pratiques*<sup>20</sup> de Santé Canada recommande aussi d'adopter une approche thérapeutique intégrée au niveau des programmes pour les personnes qui souffrent de maladie mentale sévère et persistante et de TUS concomitant.

En 1997, l'Association des psychiatres du Canada (APC) a publié un premier énoncé de principes, le *Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie*<sup>21</sup>. Depuis, le domaine de la psychiatrie de l'addiction n'a cessé de progresser, et a donné lieu à de nouvelles données scientifiques portant sur la neurobiologie et les interventions psychosociales. Surtout, des lignes directrices de pratique clinique visant le traitement des TUS ont été publiées par l'*American Psychiatric Association* (APA)<sup>22</sup> et la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry*<sup>23,24</sup>. Santé Canada a aussi publié ses recommandations de *Meilleures*

*pratiques* sur les troubles concomitants de santé mentale et de TUS<sup>20</sup>. De plus, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a publié en 2007 les nouvelles Exigences de formation spécialisée en psychiatrie<sup>25</sup>, un document qui décrit les attentes plus précises de la formation en addiction chez les résidents en psychiatrie. Les objectifs des exigences de formation spécialisée appliqués à la formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs sont les suivants :

1. Expérience supervisée dans divers milieux de traitement auprès de patients aux prises avec des troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs. Un programme ou un registre d'apprentissage doit être gardé et révisé par le directeur du programme. Cette expérience doit être acquise dans le contexte d'un stage distinct d'au moins un mois ou incorporée à une expérience longitudinale (à n'importe quel moment de la deuxième à la cinquième année de résidence) d'une durée équivalente à au moins quatre semaines. Les expériences doivent être consignées et évaluées séparément des autres stages.
2. Stage optionnel d'au moins trois mois, mais préférablement de six mois, sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs offert aux résidents seniors en psychiatrie en quatrième ou cinquième année de résidence afin de parfaire leurs connaissances avancées (définition au tableau 1) en psychiatrie de l'addiction.
3. Compétence dans les connaissances, aptitudes et attitudes cliniques (définition au tableau 1), appropriées à leur pratique dans le domaine des troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs.
4. Travailler efficacement comme consultant en intégrant tous les rôles du cadre CanMEDS pour dispenser des soins médicaux optimaux, respectueux de l'éthique et axés sur les patients, en identifiant et en répondant de manière appropriée aux patients qui présentent des comorbidités liées aux troubles addictifs.
5. Démontrer les connaissances initiales (définition au tableau 1) pour évaluer la pertinence de l'ordonnance et de la prestation de l'entretien motivationnel.

Dans le but de répondre aux changements proposés par les objectifs des exigences de formation spécialisée du CRMCC et d'actualiser le programme-cadre de formation<sup>21</sup> déjà publié par l'APC afin d'emboîter le pas aux recommandations actuelles, un groupe de travail comptant des membres de partout au pays et des experts en psychiatrie de l'addiction a voulu préparer un énoncé de principes et formuler des recommandations

**Tableau 1 Définitions de connaissances et compétences, selon le CRMCC<sup>81</sup>**

**Connaissances initiales** : Capable de reconnaître, d'identifier ou de décrire des principes.

**Connaissances pratiques** : Capable de démontrer sa connaissance des aspects fondamentaux de la psychiatrie, comme les techniques de base de l'entrevue, la formulation du problème et le traitement. Le résident comprend les ouvrages scientifiques.

**Compétence** : Capable de démontrer une connaissance pratique, enrichie d'une perspective développementale, culturelle et évolutive, permettant des entrevues en détail et la formulation des problèmes biopsychosociaux, et la capacité d'enseigner, de consulter, d'évaluer et de gérer les demandes de consultation. Le résident est capable d'évaluer de manière critique les ouvrages scientifiques relatifs à cette compétence et d'en appliquer les principes.

**Compétence avancée** : Compréhension détaillée et perfectionnée, multimodale et interdisciplinaire, menant à un enseignement avancé et à des services de consultation auprès de cas complexes. Le résident a une connaissance approfondie des ouvrages scientifiques et est capable d'en appliquer les principes en en faisant une adaptation ou une extrapolation au besoin.

**Expert/Maîtrise** : Elle exige une formation avancée au-delà de la résidence de base, se traduisant par des habiletés perfectionnées permettant la prise en charge de patients atteints de comorbidités complexes, de problèmes rares ou récalcitrants au traitement. Les psychiatres experts sont capables d'évaluer de manière critique les ouvrages scientifiques avec une grande maîtrise et de créer de nouvelles questions aux fins d'études.

en matière de formation en résidence. La première partie de cet énoncé de principes vise à mettre en lumière les concepts pertinents aux troubles liés aux substances et troubles addictifs en pratique clinique de la psychiatrie et de formuler des recommandations générales en matière d'éducation et de formation en psychiatrie. Plus précisément, nous entendons traiter de sujets importants qui sont pertinents au domaine de l'addiction, tels que les compétences attitudinales, le processus de dépistage et de diagnostic, son intégration dans les contextes cliniques de la psychiatrie générale, les interventions psychosociales et la pharmacothérapie. Cette première partie touche aussi brièvement aux enjeux liés aux populations particulières. La deuxième partie du présent document<sup>26</sup> traite du programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, et examine en détails ce que nous jugeons être une formation appropriée des futurs psychiatres en vue de la pratique auprès de personnes aux prises avec des troubles addictifs.

## Revue des concepts cliniques en psychiatrie de l'addiction

### *Compétences attitudinales*

Les personnes aux prises avec un TUS sont souvent stigmatisées dans le cadre des soins, ce qui entraîne de piètres résultats<sup>27</sup>. L'adoption d'un point de vue moral à l'égard du patient toxicomane, juger son état comme un choix ou un problème purement psychosocial fait fi des données scientifiques à l'appui du modèle médical de l'addiction. Les troubles addictifs sont comparables aux maladies chroniques, comme l'asthme, le diabète et l'hypertension sur les plans de l'hérédité, des choix personnels et des facteurs environnementaux<sup>28</sup>. Ainsi, les cliniciens doivent voir cette population dans une optique

de soins prolongés et comprendre que les rechutes font partie de l'évolution naturelle d'une maladie chronique. Les psychiatres doivent traiter ces patients au même titre que les autres, soit avec compassion, respect et attitude non critique. Pour tirer le meilleur parti de la rencontre thérapeutique, les cliniciens qui travaillent auprès de personnes toxicomanes doivent faire preuve d'attitudes et de compétences précises. Une personne aux prises avec une addiction est souvent ambivalente quant à son désir de modifier son comportement problématique, ce qui pourrait être interprété comme de la résistance et susciter la frustration chez le clinicien. L'entretien motivationnel est utile pour aider les personnes à résoudre cette ambivalence et à s'engager à changer<sup>29</sup>.

### *Dépistage et diagnostic*

Le diagnostic de TUS repose sur des données recueillies durant l'entretien clinique avec le patient, l'examen physique et les analyses de laboratoire, de même que sur la documentation auxiliaire. Le dépistage des troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs doit être systématique chez les personnes en quête d'un traitement pour une maladie mentale<sup>20</sup>. Il est recommandé de poser aux patients des questions directes et non critiques sur leur utilisation de substances, ce qui donnera lieu la plupart du temps à des réponses sincères. Les cliniciens doivent envisager d'utiliser des outils de dépistage des TUS validés empiriquement, tels que le questionnaire CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*)<sup>30</sup>, le test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)<sup>31</sup> et le test DAST (*Drug Abuse Screening Test*)<sup>32</sup> chez les adultes, l'échelle GAIN-SS ou GSS (*Global Appraisal of Individual Needs Short Screener*) chez les adolescents et les adultes<sup>33</sup> et l'outil *Screening to Brief Intervention*<sup>34</sup> chez les adolescents. Il demeure essentiel d'acquérir des compétences avancées de reconnaissance

des signes et symptômes d'intoxication et de sevrage liés à chaque substance afin d'éclairer l'entretien clinique et d'étayer le diagnostic. Les cliniciens doivent acquérir les compétences avancées visant à faire la différence entre les troubles induits par une substance (par exemple, la dépression induite par l'alcool) et les troubles concomitants (par exemple un trouble d'utilisation d'alcool et un épisode dépressif majeur primaire). Les antécédents détaillés d'utilisation de substances, dont l'identification des périodes soutenues d'abstinence relative, sont importants pour déterminer la présence d'une affection psychiatrique primaire concomitante.

Les psychiatres doivent également démontrer des compétences avancées dans l'utilisation des analyses de laboratoire pertinentes à l'utilisation de substances, telles que les résultats de certaines analyses sanguines et les tests urinaires de dépistage de substances. Surtout, l'évaluation clinique d'une personne aux prises avec un problème addictif ne serait pas complète sans la détermination minutieuse du risque suicidaire, vu le lien bien connu entre l'utilisation de substances et l'automutilation (voir Vijayakumar et coll. pour une revue<sup>35</sup>). Dans l'ensemble, l'évaluation vise à se faire une idée biopsychosociale-spirituelle des troubles d'utilisation de substance et troubles addictifs et de la façon dont les troubles psychiatriques majeurs les chevauchent. Un point de vue psychodynamique est parfois utile pour formuler le diagnostic, avec une attention spéciale sur les perturbations psychologiques, telles que la dysrégulation affective, la négligence personnelle ou les conflits interpersonnels<sup>36</sup>.

### ***Intégration dans la pratique de psychiatrie générale***

La formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs a idéalement lieu dans un centre de traitement psychiatrique pour troubles concomitants de santé mentale et d'addiction. Ces centres offrent généralement un programme de jour structuré, un programme de traitement intégré enrichi ambulatoire ou en hospitalisation, des troubles concomitants de santé mentale et d'addiction en présence d'un psychiatre et de personnel ayant reçu une formation en addiction et en santé mentale. L'accès à ces centres spécialisés est limité, mais les programmes de résidence en psychiatrie devraient tenter d'intégrer l'enseignement sur les troubles addictifs aux stages de base de psychiatrie générale. En psychiatrie générale, les psychiatres sont exposés dans divers contextes cliniques à des personnes qui souffrent de trouble addictif primaire ou de troubles concomitants. L'addiction fait partie du domaine des

troubles de santé mentale et devrait faire partie des soins psychiatriques de tous les patients.

### **À l'urgence**

À l'urgence d'un hôpital de soins aigus, le clinicien est exposé à une gamme de conditions, allant de l'intoxication au sevrage de substance, en passant par le delirium secondaire aux substances ou encore une condition psychiatrique primaire compliquée par l'utilisation de substances. La formation doit aborder la façon de poser un diagnostic adéquat et de planifier le traitement de ces conditions. Les cliniciens doivent faire preuve de compétences avancées dans la prise en charge adéquate du syndrome de sevrage alcoolique aigu à l'aide des médicaments appropriés et des échelles standardisées, telles que l'échelle CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised*)<sup>37</sup>. Il est important que les psychiatres soient en mesure de déterminer quand l'hospitalisation est indiquée pour un patient atteint d'un trouble addictif, par exemple, dans le cas d'un syndrome de sevrage compliqué, ou en présence de comorbidités médicales ou psychiatriques graves<sup>22</sup>. L'utilisation de substances accroît le risque d'agitation chez les patients et sa présence doit éclairer le choix de l'agent pharmacologique à utiliser à l'urgence. Par exemple, les benzodiazépines sont le médicament de choix dans les cas du syndrome d'intoxication par des stimulants.

### **En consultations externes – Dans la communauté**

En contexte ambulatoire et communautaire, les personnes atteintes d'une maladie mentale et d'un trouble addictif concomitant devraient avoir accès à des interventions psychosociales fondées sur des données probantes ou à un programme intégré<sup>9,20,38-41</sup>. Les psychiatres qui pratiquent dans ces contextes devraient réclamer que leurs patients reçoivent les services adéquats et participent à la conception et à la prestation de ces programmes thérapeutiques. Chez les personnes dont le trouble de santé mentale et le trouble addictif concomitant sont graves et persistants, le clinicien doit adopter une approche thérapeutique par paliers à long terme, en incluant la pharmacothérapie et l'intervention psychosociale<sup>42</sup>. Dans cette population, une approche fondée sur les données probantes pourrait prendre la forme de gestion des contingences et la thérapie de groupe incluant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et l'entretien motivationnel<sup>19</sup>. Il est important de reconnaître que la philosophie de réduction des méfaits est le modèle de choix auprès de cette population.

### **Consultation-liaison**

Dans le cadre des services de consultation-liaison (C-L), les psychiatres doivent évaluer les patients



atteints de divers problèmes cliniques liés à l'utilisation de substances, allant des troubles induits par les substances aux troubles concomitants. Le psychiatre doit faire preuve de compétences avancées en matière de diagnostic et de prise en charge du sevrage aigu des substances, particulièrement le delirium du sevrage alcoolique et autres troubles cognitifs liés à la consommation d'alcool (par exemple, démence liée à l'alcool, syndrome de Korsakov et encéphalopathie de Wernicke). Le psychiatre en C-L doit pouvoir expliquer à l'équipe médicale la prise en charge appropriée du syndrome de sevrage chez un patient qui présente des conditions médicales; par exemple, pour un patient dont la fonction hépatique est compromise. Le service de psychiatrie C-L participe parfois à l'évaluation des patients sous analgésiques opioïdes pour soulager la douleur chronique, souvent associés à l'anxiété et aux troubles dépressifs. La prévalence de dépendance aux opioïdes chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse pourrait atteindre 26 p. 100<sup>43</sup>. L'*International Narcotics Control Board*<sup>44</sup> a rapporté que le Canada se classe au deuxième rang de l'utilisation d'opioïdes sur ordonnance par habitant (derrière les États-Unis), et des données récentes indiquent que la facilité d'accès à ces substances est liée à un taux supérieur de mortalité<sup>45</sup>. Dans le cas précis de la dépendance aux opioïdes, les cliniciens doivent savoir que même si l'abstinence totale est l'objectif optimal, la recherche a montré que cet objectif est souvent inaccessible ni ne peut être maintenu dans la plupart des cas<sup>46</sup>. Les psychiatres en C-L doivent être expérimentés dans les cas de dépression induite par les opioïdes et doivent pouvoir recommander l'intervention appropriée, y compris la substitution de l'opioïde par la méthadone ou la buprénorphine. En soi, le traitement substitutif a montré des bienfaits sur l'humeur<sup>47</sup> et il a été déterminé qu'il est plus efficace que prescrire un antidépresseur.

### **Dans les centres spécialisés de traitement de l'addiction**

Les psychiatres peuvent contribuer aux soins des patients suivis dans les centres spécialisés de traitement de l'addiction. Une étude classique a montré que la sévérité des symptômes psychiatriques serait le facteur pronostique le plus fort dans le traitement des TUS<sup>18</sup>. La détection et le traitement des conditions psychiatriques concomitantes améliorent la rétention des personnes en traitement pour un trouble d'utilisation de substance. Les psychiatres peuvent non seulement prescrire des médicaments pour les conditions concomitantes et les TUS, mais ils peuvent aussi offrir soutien et éducation aux professionnels qui pratiquent dans les centres spécialisés de traitement de l'addiction pour les aider à

comprendre les patients et à collaborer avec ces derniers de manière efficace.

### **Traitements psychosociaux**

Le traitement efficace des patients aux prises avec une addiction comprend des interventions nécessaires qui ciblent les aspects psychosociaux touchés par la maladie. Le médecin traitant doit faire preuve d'aptitudes de compétences à avancées en matière d'entretien motivationnel afin d'aider le patient à s'impliquer dans le processus de changement et à prendre les mesures favorisant son rétablissement<sup>28</sup>. Devant un patient résistant au changement, l'entretien motivationnel contribue aussi à gérer les réactions contre-transférentielles. Une approche comportementale, comme la gestion des contingences, est utile pour aider à amorcer et à maintenir l'abstinence. Cette technique s'est montrée efficace, par exemple, chez les personnes atteintes de schizophrénie et d'une addiction concomitante au cannabis<sup>48</sup>. Les lignes directrices de l'APA recommandent comme approches dans la réadaptation en toxicomanie la TCC visant la prévention des rechutes<sup>49</sup>, l'approche des 12 étapes<sup>50</sup>, une approche comportementale, telle que la thérapie de désensibilisation aux stimuli<sup>51</sup> et la thérapie de groupe<sup>22</sup>. Pour maintenir l'abstinence, les patients doivent identifier leurs déclencheurs d'utilisation de substance et de concevoir des stratégies d'adaptation pour gérer les émotions et les enjeux interpersonnels. La collaboration avec la famille est une composante puissante d'une intervention efficace, et peut se montrer bénéfique non seulement pour le patient, mais aussi pour les autres membres de la famille. Les cliniciens sont encouragés à adapter les interventions thérapeutiques aux besoins individuels des patients. Certains patients profitent de l'association de la thérapie individuelle et de groupe. Finalement, les cliniciens doivent faire preuve des connaissances de compétences à avancées en matière de groupes de soutien et d'entraide communautaires, tels que les Alcooliques Anonymes, et encourager les patients à y participer<sup>22</sup>.

### **Pharmacothérapie**

#### **Traitement pharmacologique des TUS**

Les psychiatres doivent faire preuve de compétences avancées pour aider leurs patients dans le traitement pharmacologique des troubles addictifs, de même que des troubles concomitants. Dans le cas des TUS, les agents pharmacologiques sont utiles pour atténuer les symptômes de sevrage et pour appuyer la prévention des rechutes. Dans le cas de la dépendance à l'alcool,

l'acamprosate, le disulfiram et la naltrexone sont actuellement homologués par Santé Canada<sup>52</sup> pour aider les patients à se rétablir. Une riche littérature scientifique existe maintenant sur le traitement psychopharmacologique de l'alcoolisme et peut guider le clinicien pour choisir le traitement qui convient à un patient donné<sup>53</sup>. Dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, le traitement substitutif par la méthadone ou la buprénorphine doit être envisagé rapidement, surtout chez les patients qui sont dépendants depuis plus d'un an<sup>22,54</sup>. Pour réduire la morbidité et la mortalité dans ces cas, la philosophie de réduction des méfaits est préférable au traitement centré sur l'abstinence. La naltrexone doit être envisagée dans la prévention des rechutes de la dépendance aux opioïdes chez les personnes très motivées. Dans les cas d'addiction aux stimulants et au cannabis, il n'existe pour le moment aucun médicament homologué pour aider les cliniciens à intervenir auprès de ces personnes. Aucun médicament n'est pour le moment homologué pour le traitement du jeu pathologique, quoique la naltrexone et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) aient montré des bienfaits dans le cadre d'essais randomisés et contrôlés<sup>55</sup>.

Finalement, la dépendance à la nicotine est plus répandue chez les personnes atteintes d'un trouble mental<sup>56</sup> et elle est l'un des nombreux facteurs qui contribuent à la réduction de l'espérance de vie dans la population psychiatrique. Ainsi, les psychiatres sont responsables d'offrir des interventions psychothérapeutiques sur la cessation tabagique à leurs patients et de prescrire une pharmacothérapie lorsqu'elle est indiquée. Les cliniciens évitent souvent le sujet du tabagisme avec leurs patients; ce sujet doit pourtant être intégré aux soins psychiatriques<sup>57</sup>. La varénicline et les thérapies de remplacement de la nicotine sont les médicaments homologués dans le traitement de la dépendance à la nicotine par Santé Canada<sup>52</sup> (le bupropion est aussi homologué par la FDA).

### **Pharmacothérapie pour les troubles concomitants**

Avant de prescrire un agent aux personnes souffrant de troubles concomitants, les cliniciens doivent tenir compte des médicaments dotés d'un potentiel d'usage abusif. Dans le cas des patients dépressifs dépendants de l'alcool, les symptômes sont souvent induits par l'alcool et pourront disparaître en quelques semaines après l'arrêt de la consommation d'alcool, sans l'administration d'un antidépresseur<sup>58</sup>. Dans le traitement de la dépression et d'un TUS concomitant, les antidépresseurs ont la même efficacité sur les troubles de l'humeur que celle observée dans le traitement de la dépression seulement<sup>59</sup>,

quoique le trouble addictif nécessite toujours une intervention additionnelle. De plus en plus de données de recherches cliniques indiquent que les cliniciens doivent être prudents lorsqu'ils prescrivent un ISRS dans les cas d'alcoolisme de type B ou précoce en raison du risque potentiel d'aggravation de l'alcoolisme<sup>53,60-62</sup>. Récemment, le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) a examiné les données probantes disponibles sur la prise en charge pharmacologique des patients atteints d'un trouble de l'humeur et d'un TUS concomitant<sup>63</sup>, afin de conseiller les cliniciens lorsqu'ils sélectionnent un agent précis. Finalement, la recherche laisse entendre que les antipsychotiques atypiques, et plus précisément, la clozapine, sont les agents pharmacologiques de choix pour les personnes atteintes d'un trouble psychotique et d'un TUS concomitant.

### **Populations particulières**

#### **Adolescents**

Les troubles addictifs touchent les populations psychiatriques de tous âges. L'utilisation de substances débute souvent à l'adolescence, les adolescents étant à risque de développer un TUS. Les TUS apparaissent chez les adolescents à un âge médian de 15 ans, et ils se multiplient rapidement, les troubles d'utilisation de substances sont plus fréquents (8,9 p. 100) que les troubles d'utilisation d'alcool (6,4 p. 100)<sup>10</sup>. L'apparition des TUS chez les adolescents est liée à de multiples facteurs de risque interactifs touchant à quatre domaines : facteurs liés à la culture et à la société, interpersonnels, psycho-comportementaux, biogénétiques et protecteurs<sup>64</sup>. Sur le plan neurobiologique, les adolescents sont plus enclins à adopter des comportements risqués, car leurs comportements sont moins sujets aux contrôles suppressifs et régulatoires<sup>65</sup>. Les adolescents à risque de développer un TUS présentent une plus grande désinhibition et plus d'affects négatifs. Les cliniciens qui pratiquent auprès des adolescents sont responsables de la prévention, de la détection et du traitement des TUS ayant un impact négatif sur la réalisation des tâches développementales. Chez les adolescents qui font un usage abusif de substance, les psychiatres doivent porter attention aux troubles concomitants, tels que les troubles des conduites, le trouble dépressif majeur, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble bipolaire et le trouble psychotique<sup>64</sup>.

#### **Personnes âgées**

Les troubles d'utilisation d'alcool et de médicaments d'ordonnance sont des problèmes courants chez les personnes âgées. Les analgésiques opioïdes et les psychotropes, tels que les antidépresseurs tricycliques et

les benzodiazépines, peuvent entraîner un déficit cognitif et augmenter le risque de chutes. Dans l'évaluation de la prescription de médicaments chez les personnes âgées, les cliniciens doivent penser à utiliser des outils de dépistage validés, tels que l'échelle STOPP (*Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions*)<sup>66</sup>. Chez les personnes âgées, le taux d'utilisation de substances illicites est habituellement faible, mais cette situation est sur le point de changer avec le vieillissement de la génération du baby-boom, qui nécessitera des ajustements du système de soins de santé<sup>67</sup>.

### Femmes

Les différences entre les hommes et les femmes en matière d'évolution de la maladie addictive et des besoins thérapeutiques sont significatives. Comparativement aux hommes, les femmes semblent avoir plus tendance à progresser rapidement entre le début de l'utilisation de substances, l'apparition d'un trouble addictif et l'admission en traitement<sup>68,69</sup>. Ce phénomène, connu sous le nom de télescopage, serait la conséquence de facteurs biologiques, culturels, psychologiques et socio-économiques<sup>70</sup>. En termes de trouble psychiatrique concomitant, la prévalence à vie de troubles anxieux et de l'humeur parmi les personnes aux prises avec un TUS est plus élevée chez les femmes que chez les hommes<sup>71,72</sup>. Les femmes aux prises avec un TUS en quête de traitement rapportent une fréquence élevée de violence physique et sexuelle, de violence familiale et de revictimisation<sup>70</sup>. Pour aborder les besoins spécifiques des femmes, les programmes sexospécifiques et attentifs aux besoins des femmes peuvent aussi être bénéfiques, comparativement aux approches thérapeutiques mixtes. L'utilisation de substances durant la grossesse peut entraîner des problèmes biopsychosociaux complexes, tant chez la mère que chez le nouveau-né; ces problèmes sont mieux abordés par une équipe multidisciplinaire<sup>73</sup>.

### Autochtones

Une enquête menée par Santé Canada auprès des communautés des Premières Nations entre 2008 et 2010<sup>74</sup> a rapporté que l'utilisation abusive d'alcool et de substances était le principal problème faisant entrave au bien-être communautaire dans les réserves, suivie de l'hébergement et de l'emploi. La consommation d'alcool et de solvants est particulièrement problématique dans ces communautés qui sont aussi plus vulnérables au suicide et à la violence. Les psychiatres peuvent contribuer de manière importante aux soins de ces populations par l'entremise d'interventions qui

demeurent sensibles aux différences culturelles et s'y adaptent.

## Défis et solutions en matière d'éducation

Vu le nombre limité de psychiatres ayant reçu la formation et démontrant l'expertise additionnelle en addiction, les programmes de résidence canadiens et la psychiatrie à titre de profession, devraient encourager la collaboration avec les autres spécialistes en médecine de l'addiction afin de favoriser l'approfondissement des connaissances. En plus des cours et des stages cliniques, les programmes de résidence en psychiatrie devraient se tourner vers les nouvelles technologies, tels que des modules d'autoapprentissage bien conçus, pour aider les résidents à acquérir les connaissances et attitudes nécessaires en addiction<sup>75</sup>. Il revient au psychiatre d'élargir et de maintenir ses connaissances sur les troubles d'utilisation de substance et troubles addictifs en participant aux activités de formation médicale continue. Les organisations professionnelles, telles que l'*American Academy of Addiction Psychiatry*, la Société médicale canadienne sur l'addiction et l'*International Society of Addiction Medicine* offrent diverses activités de formation et d'éducation. La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA) et son site Web<sup>76</sup> est une ressource utile d'information à l'intention des professionnels. La série de protocoles d'amélioration du traitement publiée par SAMSHA couvre une vaste gamme de sujets pertinents à l'intention des cliniciens qui souhaitent en savoir plus sur la santé mentale et les dépendances.

## Recommandations

La psychiatrie de l'addiction a évolué de façon significative au fil des ans, ce qui a donné lieu à une grande connaissance scientifique pouvant orienter notre pratique clinique. Pour assurer la prestation de services adéquats à notre population, les programmes de résidence en psychiatrie du Canada ont la responsabilité de préparer les futurs psychiatres à prendre en charge, avec compassion et compétence, les personnes qui souffrent de maladie mentale, y compris de troubles addictifs. La formation en addiction devrait être intégrée à l'apprentissage de la pratique en psychiatrie dans le traitement des personnes à tous les stades de la vie, et ce, dans tous les contextes courants, soit consultation-liaison, psychiatrie d'urgence et psychiatrie chez les patients hospitalisés ou en consultations externes. Un apprentissage adéquat doit inclure l'acquisition des attitudes, aptitudes et compétences nécessaires à l'évaluation et au diagnostic des troubles addictifs, à

l'application des interventions psychothérapeutiques appropriées et à la connaissance des principes de neurobiologie inhérents à l'utilisation de substances et à la pharmacothérapie.

Malgré la prévalence des troubles addictifs et les conséquences qu'ils laissent au passage, de même que leurs fréquences en vue d'interventions potentielles, la plupart des personnes aux prises avec une addiction seulement, ou une addiction et un trouble de santé mentale concomitant, ne reçoivent jamais de traitement<sup>13,77-79</sup> ou, le cas échéant, rapportent souvent des besoins auxquels le traitement n'a pas répondu<sup>80</sup>. Les psychiatres jouent un rôle de premier plan dans les soins cliniques aux personnes souffrant de TUS et de conditions concomitantes. La psychiatrie, par l'entremise de l'APC et du CRMCC, doit veiller à ce que les nouveaux diplômés possèdent les connaissances, les aptitudes et attitudes nécessaires pour prendre efficacement en charge les personnes aux prises avec une addiction. Le domaine de la psychiatrie doit multiplier ses efforts pour offrir une formation sur l'évaluation et le traitement des troubles addictifs, jusqu'à ce que les besoins de cette population soient abordés de manière appropriée.

## Sommaire des recommandations

1. Chaque programme de résidence en psychiatrie doit se doter d'un programme-cadre afin d'aider les résidents à acquérir les attitudes, connaissances et aptitudes nécessaires pour pratiquer avec compétence auprès des personnes aux prises avec un trouble addictif.
2. Les cliniciens doivent acquérir l'optimisme et les attitudes appropriés à l'égard des patients aux prises avec un trouble d'utilisation de substances et troubles addictifs tout en faisant preuve de compassion, de respect et d'une attitude non critique.
3. Les psychiatres doivent faire preuve de compétence dans les techniques d'évaluation, de diagnostic et de prise en charge des troubles d'utilisation de substance et troubles addictifs, avec ou sans affection concomitante.
4. En plus d'un stage distinct d'un mois, la formation en matière de troubles d'utilisation de substance et troubles addictifs exige que les programmes intègrent la formation dans un stage clinique de base, tel que la psychiatrie de consultation-liaison, la psychiatrie d'urgence, la psychiatrie chez les patients hospitalisés et les services ambulatoires et communautaires afin qu'elle réponde à la pratique clinique de l'avenir.
5. Alors que les exigences de formation spécialisée proposent d'acquérir des connaissances pratiques de l'entretien motivationnel, les psychiatres doivent être compétents dans la prestation de la technique d'entretien motivationnel et d'une vaste gamme d'interventions psychosociales fondées sur les données probantes pour les troubles addictifs, y compris la prévention des rechutes par l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo-comportementale.
6. Les psychiatres doivent acquérir des connaissances et aptitudes compétentes dans le recours approprié aux agents pharmacothérapeutiques dans le traitement des troubles d'utilisation de l'alcool et de la nicotine. De plus, ils doivent avoir des connaissances pratiques du traitement de la consommation d'opioïdes par la buprénorphine ou la méthadone.

## Références

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>e</sup> éd. Arlington (VA): APA; 2013.
2. Grant BF. Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*. 1996;8(2):195-210.
3. Grant BF. Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Stud Alcohol*. 1997;58(5):464-473.
4. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et coll. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74(3):223-234.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et coll. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
6. Veldhuizen S, Urbanoski K, Cairney J. Geographical variation in the prevalence of problematic substance use in Canada. *Can J Psychiatry*. 2007;52(7):426-433.
7. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet*. 2011;378(9806):1874-1884.
8. Behrendt S, Wittchen H-U, Höfler M, et coll. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1-3):68-78.
9. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, et coll. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566-576.
10. Merikangas KR, He J-P, Burstein M, et coll. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-989.
11. Wu L-T, Brady KT, Mannelli P, et coll. Cannabis use disorders are comparatively prevalent among nonwhite racial/ethnic groups and adolescents: a national study. *J Psychiatr Res*. 2014;50:26-35.



12. Rehm J, Gnam W, Popova S, et coll. The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68(6):886–895.
13. The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. *Addiction medicine: closing the gap between science and practice*. New York (NY): CASA Columbia; 2012. 586 p.
14. Farrell M, Howes S, Bebbington P, et coll. Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity—results of a national household survey. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1–2):50–56.
15. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et coll. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):807–816.
16. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et coll. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997a;54:313–321.
17. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et coll. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264:2511–2518.
18. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, et coll. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:620–625.
19. Drake RE, O'Neal EL, Wallach M.A. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:123–138.
20. Santé Canada. *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa (ON): Santé Canada; 2002.
21. el-Guebaly N, Garneau, Y. Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie [énoncé de principes]. *Bulletin de l'APC*. 1997;29(5 tiré à part):1–6.
22. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF Jr, et coll. Work Group on Substance Use Disorders; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. *Practice guidelines for the treatment of patients with substances use disorders, second edition*. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2007;164(4 Suppl):5–123.
23. Soyka M, Kranzler HR, Berglund M, et coll. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: alcoholism. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9:6–23.
24. Soyka M, Kranzler HR, van den Brink W, et coll. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2 : opioid dependence. *World J Biol Psychiatry*. 2011;12:160–187.
25. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) [Internet]. Ottawa (ON): CRMCC; [année de publication inconnue] [date citée inconnue]. À l'adresse : [http://www.royalcollege.ca/rc/faces/oracle/webcenter/portalapp/pages/ibd.jspx?\\_afLoop=19207695015662405#!%40%40%3F\\_afLoop%3D19207695015662405%26\\_adf.ctrl-state%3D1ab04na9z0\\_17](http://www.royalcollege.ca/rc/faces/oracle/webcenter/portalapp/pages/ibd.jspx?_afLoop=19207695015662405#!%40%40%3F_afLoop%3D19207695015662405%26_adf.ctrl-state%3D1ab04na9z0_17).
26. Crockford D, Fleury G, Milin R. Formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, 2<sup>e</sup> partie : Mise à jour du programme-cadre [énoncé de principes]. 2015;60 (12 en ligne).
27. Luoma JB, Hayes SC, Twohig MP, et coll. Augmenting continuing education with psychologically focused group consultation: effects on adoption of group drug counseling. *Psychotherapy (Chic)*. 2007;44:463–469.
28. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, et coll. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000;284:1689–1695.
29. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. New York (NY): Guilford Press; 2013.
30. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252:1905–1907.
31. Babor TF, Grant M. From clinical research to secondary prevention: international collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health Res World*. 1989;13:371–374.
32. Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *Br J Addict*. 1989;84:301–307.
33. Dennis ML, Chan YF, Funk RR. Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *Am J Addict*. 2006;15(Suppl 1):80–91.
34. Levy S, Weiss R, Sherritt L, et coll. An electronic screen for triaging adolescent substance use by risk levels. *JAMA Pediatr*. 2014;168(9):822–828.
35. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. Substance use and suicide. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(3):197–202.
36. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;4:231–244.
37. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et coll. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353–1357.
38. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, et coll. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*. 1998;24:589–608.
39. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, et coll. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27:360–374.
40. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull*. 2000;26:105–118.
41. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, et coll. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164:100–107.
42. Green AI, Drake RE, Brunette MF, et coll. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164:402–408.
43. Boscarino JA, Rukstalis M, Hoffman SN, et coll. Risk factors for drug dependence among out-patients on opioid therapy in a large US health-care system. *Addiction*. 2010;105:1776–1182.
44. International Narcotics Control Board—United Nations. *Narcotic drugs: estimated world requirements for 2013—statistics for 2011*. New York (NY): United Nations Publications; 2013.
45. Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti ML, et coll. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *CMAJ*. 2009;181:891–896.
46. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *Effective medical treatment of opiate addiction*. *JAMA*. 1998;280:1936–1943.
47. Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits-Christoph K, et coll. Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;39:151–156.
48. Hjorthøj C, Fohlmann A, Nordentoft M. Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders—a systematic review. *Addict Behav*. 2009;34(6–7):520–525.
49. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *Am Psychol*. 2004;59:224–235.
50. Nowinski J, Baker S, Carroll KM. *Twelve-step facilitation therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals*

- with alcohol abuse and dependence. Rockville (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1992.
51. O'Brien CP, Childress AR, McLellan T, et coll. Integrating systemic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addict Behav.* 1990;15(4), 355–365.
  52. Santé Canada. Base de données sur les produits pharmaceutiques [Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada; [année de publication inconnue] [date citée inconnue]. À l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index-fra.php>.
  53. Johnson BA. Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. *Biochem Pharmacol.* 2008;75:34–56.
  54. Fiellin DA, Schottenfeld RS, Cutter CJ, et coll. Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014;174(12):1947–1954.
  55. Potenza M. Pathologic gambling. Dans : Ruiz P, Strain E, éditeurs. *Lowinson and Ruiz's substance abuse: a comprehensive textbook.* 5e éd. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  56. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et coll. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA.* 2000;284(20):2606–2610.
  57. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, et coll. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry.* 2009;54(6):368–378.
  58. Schuckit MA. *Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment.* New York (NY): Springer; 2006.
  59. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA.* 2004;291:1887–1896.
  60. Chick J, Aschauer H, Hornik K. Efficacy of fluvoxamine in preventing relapse in alcohol dependence: a one-year, double-blind, placebo-controlled multicentre study with analysis by typology. *Drug Alcohol Depend.* 2004;74:61–70.
  61. Johnson BA. Serotonergic agents and alcoholism treatment: rebirth of the subtype concept—an hypothesis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000;24:1597–1601.
  62. Kranzler HR, Burleson JA, Brown J, et coll. Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive-behavioral therapy in type B alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res.* 1996;20:1534–1541.
  63. Beaulieu S, Saury S., Sareen J, et coll. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 2012;24(1):38–55.
  64. Milin R, Walker S. Adolescent substance use disorders. Dans : el-Guebaly N, Carrà, G, Galanter, M, éditeurs. *Textbook of addiction treatment : international perspectives.* Berlin (DE): Springer-Verlag; 2015.
  65. Schepis TS, Adinoff B, Rao U. Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. *Am J Addict.* 2008;17(1):6–23.
  66. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing.* 2008;37(6):673–679.
  67. Fletcher BW, Compton WM. The older drug abuser. Dans : Ruiz P, Strain E, éditeurs. *Lowinson and Ruiz's substance abuse: a comprehensive textbook.* 5e éd. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  68. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22(2):241–252.
  69. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2004;74(3):265–272.
  70. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, et coll. Women and addiction. Dans : Ruiz P, Strain E, éditeurs. *Lowinson and Ruiz's substance abuse: a comprehensive textbook.* 5e éd. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  71. Conway KP, Compton W, Stinson FS, et coll. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(2):247–257.
  72. Kessler RC., Crum RM, Warner LA, et coll. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1997b;54:313–321.
  73. Day E, George S. Management of drug misuse in pregnancy. Dans : Day E, éditeur. *Clinical topics in addiction.* London (GB): RCPsych Publications; 2007. p 259–274.
  74. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations Phase 2 (2008-2010) : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Ottawa (ON): Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2011.
  75. Chan CH, Robbins LI. E-Learning systems : promises and pitfalls. *Acad Psychiatry.* 2006;30:491–497.
  76. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). SAMSHA [Internet]. [lieu de publication inconnu] : SAMSHA; [date de publication inconnue] [date citée inconnue]. À l'adresse : [www.samsha.gov](http://www.samsha.gov).
  77. Harris KM, Edlund MJ. Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv.* 2005;56(8):954–959.
  78. Regier DA, Narrow WE, Ra DS, et coll. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(2):85–94.
  79. Urbanoski KA, Rush BR, Wild TC, et coll. Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders. *Psychiatr Serv.* 2007;58(7):962–969.
  80. Urbanoski KA, Cairney J, Bassani DG, et coll. Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2008;59:283–289.
  81. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Objectifs de la formation spécialisée en psychiatrie [Internet]. Ottawa (ON): CRMCC; [année de publication inconnue] [date citée inconnue]. À l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/mdaw/mta5/~edisp/109002.pdf>.

## Notes

## Notes