

Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale

SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Numéro 33

PRINCIPAUX CONSTATS

+ La proportion de troubles mentaux en 2016-2017 est environ trois fois plus élevée dans la population ayant un trouble lié aux substances psychoactives (TLS) que dans celle qui n'a jamais été diagnostiquée avec un tel trouble depuis 2001 (31 % contre 11 %).

Dans le groupe de personnes ayant un TLS, les troubles anxieux constituent la catégorie la plus diagnostiquée (13 %), suivis des troubles dépressifs (8 %) et de la schizophrénie (6 %).

Parmi les personnes diagnostiquées d'un trouble lié à l'alcool ou à une drogue, 63 % n'ont pas eu recours à des services médicaux en santé mentale ou en dépendance.

Introduction

Chez certaines personnes, la consommation excessive ou chronique de substances psychoactives peut mener à l'émergence de troubles liés aux substances (TLS)¹. Il est ici question de la consommation d'alcool, de cannabis, des drogues déclarées illicites ou de médicaments ayant un effet sur le système nerveux central.

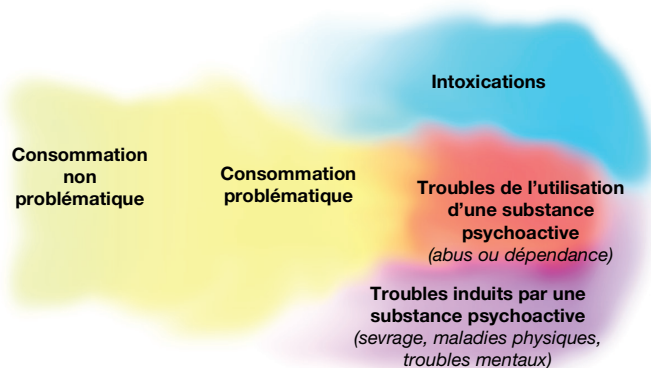
Les TLS regroupent un ensemble de catégories diagnostiques, soit :

- 1) Les troubles de l'utilisation d'une substance (TUS), qui sont définis par l'abus et la dépendance. En d'autres mots, le trouble réside dans le mode même de consommation de la substance;
- 2) Les troubles induits par une substance, soit les troubles mentaux et les maladies physiques qui découlent directement de la consommation tels que les psychoses toxiques ou la cirrhose du foie;
- 3) Les intoxications, qui correspondent aux états de perturbations physiques et cognitives qui sont directement consécutifs à un épisode de consommation.

¹ Dans ce texte, une terminologie hybride a dû être adoptée afin de tenir compte à la fois des deux nosographies utilisées au Québec, ainsi que des différentes versions existantes à l'intérieur d'un même système de classification. Alors que les médecins québécois adoptent généralement le vocabulaire du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), les codes diagnostiques recensés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'utilisent que la nomenclature de la Classification internationale des maladies (CIM). De plus, ces deux nosographies ont connu des mises à jour (le DSM-IV a fait graduellement place au DSM-5 en 2013 aux États-Unis et au Canada; pour les données d'hospitalisation seulement, la CIM-10 a remplacé la CIM-9 en 2006 au Québec). Ces nouvelles versions ont également modifié la nomenclature en vigueur à l'intérieur d'un même système nosographique. Par exemple, les termes « abus » et « dépendance » utilisés dans le DSM-IV ont été remplacés respectivement par le « trouble de l'usage d'une substance léger » et le « trouble de l'usage d'une substance modéré à sévère » dans le DSM-5. Les années étudiées dans ce rapport couvrent donc en réalité quatre manières de classer les troubles, avec un vocabulaire distinct.

En réalité, les TLS seraient mieux représentés sous la forme d'un spectre continu (figure 1), mais l'usage d'un système catégoriel facilite l'opérationnalisation de son étude.

Figure 1 Le spectre des troubles liés aux substances psychoactives



Selon la Classification internationale des maladies (CIM) et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), les TUS, terme DSM-5 qui correspondent aux notions d'abus et de dépendance dans le DSM-IV et dans la CIM-9/10, définissent un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques où une personne persiste à consommer malgré les problèmes qui en découlent (American Psychiatric Association, 2000, 2013, Organisation mondiale de la santé, 1977, 1994).

Selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes² (ESCC) de 2012, alors que 84 % de la population québécoise déclarait avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, environ 3 % répondait aux critères diagnostiques d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool au cours de cette même année (Baraldi, Joubert, & Bordeleau, 2015). Toujours selon l'ESCC, 11 % de la population québécoise avait consommé du cannabis, mais seulement 1 % avait développé un TUS associé à cette substance; en ce qui concerne les drogues illicites, 3 % en consomme, mais moins de 1 % présente les critères d'abus ou de dépendance.

Au-delà des TUS, la CIM et le DSM classifient également d'autres troubles mentaux découlant de l'utilisation de substances, comme le sevrage avec ou sans delirium, les troubles psychiatriques induits ou secondaires (notamment des troubles psychotiques, des troubles anxio-dépressifs, etc.), ainsi que les intoxications aiguës (p. ex. : les *bad trips* ou les surdoses) (American Psychiatric Association, 2000, 2013, Organisation mondiale de la santé, 1994).

Les troubles induits par une substance et les intoxications n'ont pas été mesurés dans les enquêtes épidémiologiques canadiennes et québécoises; en revanche, en se basant sur les données issues des banques de données administratives détenues par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la proportion de diagnostics posés en 2015-2016 au Québec serait de 3 pour 1 000 Québécois admissibles à la RAMQ pour les troubles induits par l'alcool, de 1 pour 1 000 pour les troubles induits par une drogue, de 0,6 pour 1 000 pour les intoxications à l'alcool et de 0,5 pour 1 000 pour les intoxications à une drogue (Huỳnh et al., 2019).

Ainsi, l'ensemble des troubles (TUS, troubles induits, intoxications) où le rôle étiologique de la substance psychoactive est bien défini peut être regroupé sous une même bannière des TLS.

Les troubles mentaux concomitants

Les troubles concomitants, soit la présence simultanée entre les TLS et les autres troubles mentaux, constituent généralement la règle plutôt que l'exception. Ce phénomène amène ces différents troubles à se renforcer mutuellement sur le plan symptomatologique et il est associé à des proportions plus élevées d'hospitalisation, de situations d'itinérance, de gestes hétéro-agressifs et de conduites suicidaires que les personnes n'ayant qu'un seul des deux diagnostics (Buckley & Brown, 2006, Najt, Fusar-Poli, & Brambilla, 2011).

En termes de taux spécifiques, la prévalence de trouble de l'utilisation d'alcool parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou autre trouble psychotique au cours de leur vie se situe à 35 % selon les enquêtes épidémiologiques, à 12 % selon les

² La collecte des données pour le volet « santé mentale » de l'ESCC sera renouvelée à partir de l'automne 2019. Ainsi, les données épidémiologiques les plus récentes portant sur les TUS en population générale datent de 2012 au Canada.

registres de cas, à 27 % selon les études de cohorte et à 23 % selon les études cliniques (Hunt et coll., 2018).

Selon les mêmes auteurs, la prévalence de trouble de l'utilisation de drogues illicites parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou autre trouble psychotique est de 38 % selon les enquêtes épidémiologiques, de 21 % selon les registres de cas, de 21 % selon les études de cohorte et de 25 % selon les études cliniques.

En ce qui concerne les troubles bipolaires, sans tenir compte de la période couverte étudiée, la prévalence moyenne était de 17 % pour un TUS lié à une drogue, de 24 % pour un TUS lié à l'alcool et de 33 % pour n'importe quel TUS (Hunt, Malhi, Cleary, Lai, & Sitharthan, 2016).

En outre, indépendamment de la période couverte, une méta-analyse des études épidémiologiques rapporte une forte association entre le trouble dépressif majeur et les TUS liés à une drogue (rapport de cotes [RC] = 3,8), entre n'importe lequel trouble anxieux et les TUS liés à une drogue (RC = 2,9), entre le trouble dépressif majeur et les TUS liés à l'alcool (RC = 2,4), ainsi qu'entre n'importe quel trouble anxieux et les TUS liés à l'alcool (RC = 2,1) (Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015).

Spécifiquement au Canada en 2012, près du quart des Canadiens respectant les critères d'un TUS au cours des 12 derniers mois présentaient également ceux d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux; ceci correspondait à 1,2 % de la population canadienne (Khan, 2017).

Autrement, 17 % des personnes avec un trouble de l'utilisation d'alcool, 22 % avec une dépendance à la cocaïne et 34 % avec une dépendance aux opioïdes respectent aussi les critères d'un trouble de personnalité limite (Trull *et al.*, 2018).

La littérature indique également que les personnes qui présentent à la fois un trouble lié à l'alcool et à une autre drogue ont plus de probabilité de d'avoir un autre trouble mental lorsque comparées à celles ayant un trouble lié à une seule substance. En effet, aux États-Unis, la coprésence d'un trouble de l'utilisation d'alcool et d'un trouble de l'utilisation d'une autre drogue était associée à des probabilités plus élevées de présenter un trouble dépressif majeur (rapport de cotes [RC] = 1,8), un trouble bipolaire type I (RC = 2,0), un trouble anxieux (RC = 2,1) ou un trouble de personnalité (RC = 2,7) que la présence d'un trouble de l'utilisation d'alcool seulement (Saha *et al.*, 2018).

Utilisation des services médicaux pour santé mentale

Considérant que les TLS constituent une catégorie diagnostique de troubles mentaux et qu'ils soient hautement concomitants avec d'autres troubles mentaux, il serait attendu que les personnes présentant un TLS utilisent de manière importante les services en santé mentale ou en dépendance.

Or, selon l'ESCC de 2012, il est estimé que seulement 21,1 % des Québécois présentant les critères d'un TUS ont consulté des professionnels de la santé (incluant les médecins, les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, etc.) ou ont été hospitalisés³ pour des raisons de santé mentale ou de dépendance (Baraldi *et al.*, 2015).

Aux États-Unis, la proportion annuelle d'utilisation des services en dépendance varie selon le type de substance : en 2001-2002, cette proportion était à 6,1 % pour les personnes présentant un trouble de l'utilisation d'alcool, 15,6 % pour celles présentant un trouble de l'utilisation d'une drogue et de 21,8 % pour celles qui présentent à la fois des troubles de l'utilisation d'alcool et de drogues (Stinson *et al.*, 2005).

Selon une étude de l'Organisation mondiale de la santé effectuée à travers 25 pays, la présence concomitante avec un autre trouble mental augmente la probabilité de consulter, probablement dû au fait que la présentation

³ Le rapport québécois de l'ESCC produit par l'Institut de la statistique du Québec rapporte un taux d'hospitalisation de 5,6 % pour des raisons de santé mentale ou de dépendance par les Québécois présentant des TUS, un épisode dépressif, un trouble bipolaire ou un trouble d'anxiété généralisée. Ainsi, la proportion exacte d'hospitalisation pour les TUS seulement ou les TUS en concomitance avec un autre trouble n'est pas rapportée.

clinique et le pronostic sont plus sévères (Harris *et al.*, 2019).

Par ailleurs, au Canada en 2010-2011, 36 % des hospitalisations en santé mentale étaient faites auprès de personnes de 15 à 65 ans présentant un TLS avec un autre trouble concomitant (Institut canadien d'information sur la santé, 2013).

Ces données présentées ci-haut sur les TLS et les troubles mentaux, ainsi que l'utilisation des services en santé mentale, se concentrent principalement sur les TUS et n'englobent généralement pas les autres TLS, comme les troubles induits et les intoxications, pourtant reconnus comme des troubles mentaux selon la CIM et le DSM.

De plus, en raison des coûts et de la faisabilité, les enquêtes épidémiologiques d'où proviennent les données présentées précédemment ne peuvent pas être mises à jour sur une base régulière et les études réalisées en milieu clinique ne se concentrent que sur un nombre relativement restreint d'établissements, limitant ainsi la généralisation des résultats.

En contrepartie, l'exploitation des bases de données clinico-administratives permettrait de répondre à ces limites en 1) examinant l'ensemble des TLS, soit les TUS, les troubles induits et les intoxications; 2) présentant des données systématiquement mises à jour sur une base régulière à un moindre coût que celui engendré par une collecte de données par questionnaires dans la population générale; 3) couvrant l'ensemble du territoire québécois.

Pour compléter les connaissances issues des enquêtes épidémiologiques présentées ci-haut, ce rapport a pour objectif d'utiliser les bases de données clinico-administratives afin d'estimer la proportion de diagnostics de troubles mentaux posés en 2016-2017 parmi les personnes qui ont été identifiées comme présentant actuellement ou ayant déjà présenté un TLS de 2001 à 2017.

Pour ce faire, des analyses ont été effectuées à partir des diagnostics posés par les médecins rémunérés à l'acte et retrouvés dans les bases de données administratives québécoises. Des comparaisons ont été également effectuées selon la substance⁴ (alcool seulement, drogue seulement, alcool et drogue).

Méthodologie

Sources de données

Le Système intégré de surveillance et des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) est composé de données clinico-administratives issues du jumelage de fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec (Blais *et al.*, 2014). Dans le cadre de la présente analyse, les fichiers utilisés sont : 1) le fichier d'inscription des personnes assurées, qui renseigne sur les données démographiques (âge et sexe) ainsi que sur les périodes d'éligibilité à la RAMQ; 2) le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, qui compile tous les diagnostics principaux posés et les actes médicaux effectués par un médecin rémunéré par la RAMQ; 3) le fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO), qui recense les diagnostics principaux et secondaires associés à une admission hospitalière.

Les codes de la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) sont utilisés pour la codification des diagnostics dans le fichier des services médicaux pour toute la période d'observation, ainsi que dans le fichier MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006. Ceux de la 10^e révision de la version canadienne (CIM-10-CA) sont utilisés dans le fichier MED-ÉCHO depuis le 1^{er} avril 2006.

⁴ Cette catégorisation, qui regroupe l'ensemble des substances psychoactives, mais qui sépare l'alcool dans un groupe à part, est couramment utilisée dans les études antérieures, comme celles citées dans l'introduction. À des fins comparatives entre les données du SISMACQ et celles des autres études, ce rapport conserve cette même logique.

Identification des cas de troubles liés aux substances psychoactives

La population à l'étude est composée de toutes les personnes âgées de 12 ans et plus ayant reçu au moins un diagnostic principal ou secondaire de TLS recensé dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ ou dans le fichier de MED-ÉCHO entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2017 et qui sont admissibles à la RAMQ. Pour ce rapport, l'échantillon est subdivisé en trois groupes : 1) ceux qui ont reçu seulement un diagnostic de trouble lié à l'alcool (TLS-alcool); 2) ceux qui ont reçu seulement un diagnostic de trouble lié à une drogue (TLS-drogue); 3) ceux qui ont reçu à la fois un diagnostic de trouble lié à l'alcool et celui d'un trouble à une drogue (TLS-alcool et drogue).

Les **TLS-alcool** comprennent :

- les **troubles de l'utilisation d'alcool** (303, 305.0 en CIM-9 et F10.1, F10.2 en CIM-10-CA);
- les **troubles induits par l'alcool**, qui permettent de capter les individus qui ont un trouble induit 100 % attribuable à l'alcool, comme le sevrage, le delirium tremens, etc. Il est composé des codes suivants : 291, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-571.3 en CIM-9 et F10.3-F10.9, K70.0-K70.4, K70.9, G62.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86.0, E24.4, G31.2, G72.1, O35.4 en CIM-10-CA;
- les **intoxications à l'alcool** (980.0, 980.1, 980.8, 980.9 en CIM-9 et F10.0, T51.0, T51.1, T51.8, T51.9 en CIM-10-CA).

Les **TLS-drogue** incluent :

- les **troubles de l'utilisation d'une drogue** (304.0-304.9, 305.2-305.7, 305.9 en CIM-9 et F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F18.1, F19.1, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2 en CIM-10-CA);
- les **troubles induits par une drogue** (292 en CIM-9 et F11.3-F11.9, F12.3-F12.9, F13.3-F13.9, F14.3-F14.9, F15.3-F15.9, F16.3-F16.9, F18.3-F18.9, F19.3-F19.9 en CIM-10-CA);

- les **intoxications à une drogue** (965.0, 965.8, 967.0, 967.6, 967.8, 967.9, 969.4-969.9, 970.8, 982.0, 982.8 en CIM-9 et F11.0, F12.0, F13.0, F14.0, F15.0, F16.0, F18.0, F19.0, T40, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.5, T43.8-T43.9, T50.9, T52.8, T52.9 en CIM-10-CA).

Pour être considéré avoir des **TLS-alcool et drogue**, l'individu doit avoir reçu un code d'un trouble lié à l'alcool et un autre code d'un trouble lié à une drogue. Ces deux codes peuvent être posés lors d'une même visite médicale ou à plusieurs années d'écart.

L'alcool a été différencié des autres substances par son omniprésence dans la société, son statut légal et réglementé⁵, ainsi que son poids médico-économique. À l'inverse, toutes les autres substances psychoactives sont regroupées sous le terme « drogue », soit le cannabis, les opioïdes, la cocaïne et les autres psychostimulants, les sédatifs et hypnotiques, les hallucinogènes et les solvants volatils. La première raison est la cotation fréquente à la RAMQ des codes associés à l'utilisation de drogues multiples ou de drogues non spécifiées. Ceci s'explique par le fait qu'il est difficile pour les médecins d'établir ce que les patients peuvent avoir consommé précisément; ces derniers peuvent ignorer ce qu'ils ont réellement consommé (p. ex. pureté du produit). De plus, les études montrent que la polyconsommation représente plus souvent la règle que l'exception. La seconde raison vient du fait que le codage en CIM-9, encore utilisé dans les actes médicaux rémunérés à l'acte, ne permet pas toujours de spécifier quelle substance était associée au trouble diagnostiqué. Pour de plus amples renseignements sur le développement des indicateurs de TLS, le lecteur est invité à consulter l'article de Huynh, Rochette, Pelletier & Lesage (2018). Les prévalences annuelles et cumulées de TLS ont fait l'objet d'un premier rapport publié en 2019 et accessible sur le site web de l'INSPQ (Huynh et al., 2019).

⁵ La légalisation et la réglementation du cannabis n'était pas encore en vigueur en 2016-2017.

Identification des troubles mentaux en concomitance

Les codes utilisés pour définir les catégories de troubles mentaux peuvent être obtenus sur demande. Certains troubles, par exemple l'anorexie nerveuse ou la boulimie, ne sont pas répertoriés dans une catégorie spécifique, mais ils sont considérés néanmoins dans l'indicateur de l'ensemble des troubles mentaux, soit les codes 290-319 (excluant 291, 292, 303-305) en CIM-9 et les codes F00-F99 (excluant F10-F19) en CIM-10-CA.

Définition des services

Les profils d'utilisation des services ont été construits selon le lieu où les services ont été rendus et selon la spécialité du médecin impliqué : omnipraticien (médecin de famille), psychiatre, ou autre médecin spécialiste. Les renseignements sur le lieu ont été recueillis dans le fichier des services médicaux, fichier qui classe les établissements. En conséquence, nous avons identifié les cabinets offrant des services médicaux en ambulatoires et à l'intérieur des centres hospitaliers, les consultations externes, l'urgence et la section psychiatrique. Les informations sur la vocation de l'établissement hospitalier dans lequel l'individu a séjourné sont issues du fichier MED-ÉCHO.

Le profil hiérarchique d'utilisation des services en santé mentale illustre le service le plus important en termes de coûts et d'intensité de services reçus par un patient au cours de l'année 2016-2017. Les rôles des différents professionnels ou services de santé mentale sont donc ordonnés ainsi :

- 1 Hospitalisation;
- 2 Urgence;
- 3 Psychiatre en ambulatoire;
- 4 Omnipraticien en ambulatoire;
- 5 Autre médecin spécialiste;
- 6 Aucun service médical.

Par exemple, une personne hospitalisée appartient seulement à la catégorie « hospitalisation », et ce, même si elle a consulté à l'urgence ou a été vue en cabinet par un omnipraticien.

Par contre, une personne dans la catégorie « psychiatre en ambulatoire » n'a pas été hospitalisée, ni consulté l'urgence.

Périodes couvertes

Malgré que la population à l'étude ait été identifiée selon les diagnostics de TLS posés entre 2001 et 2017, les estimations pour les troubles mentaux concomitants et l'utilisation des services ont été obtenues à partir de données compilées sur une période de 12 mois, soit du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017. Les comparaisons dans le temps sont effectuées au moyen de mesures ajustées pour l'âge. Ces mesures sont obtenues par la méthode de standardisation directe à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2006. Les services rendus hors Québec ne sont pas couverts par les données du SISMACQ.

Résultats

Troubles mentaux concomitants diagnostiqués en 2016-2017 chez les personnes ayant un TLS

La figure 2 illustre la proportion de troubles mentaux concomitants, en 2016-2017, auprès des personnes présentant ou ayant déjà présenté un TLS au cours des 16 dernières années (2001-2017) et dans la population générale sans TLS. Ainsi, la proportion de troubles mentaux en 2016-2017 est trois fois plus élevée dans la population TLS que dans celle qui n'a jamais été diagnostiquée avec un TLS depuis 2001 (31 % vs 11 %). Dans le groupe de personnes ayant un TLS, les troubles anxieux constituent la catégorie la plus diagnostiquée (13 %), suivie des troubles dépressifs (8 %), de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (6 %), des troubles de l'adaptation (5 %), des troubles de personnalité (4 %) et des troubles bipolaires et autres psychoses affectives (4 %). La proportion pour toutes les catégories diagnostiques de troubles mentaux était significativement plus élevée dans le groupe ayant présenté un TLS comparativement au groupe qui n'a jamais reçu un diagnostic de TLS.

Figure 2 Proportion de troubles mentaux concomitants diagnostiqués en 2016-2017 chez les Québécois de 12 ans et plus ayant présentés (ou non) un TLS entre 2001 et 2017, Québec

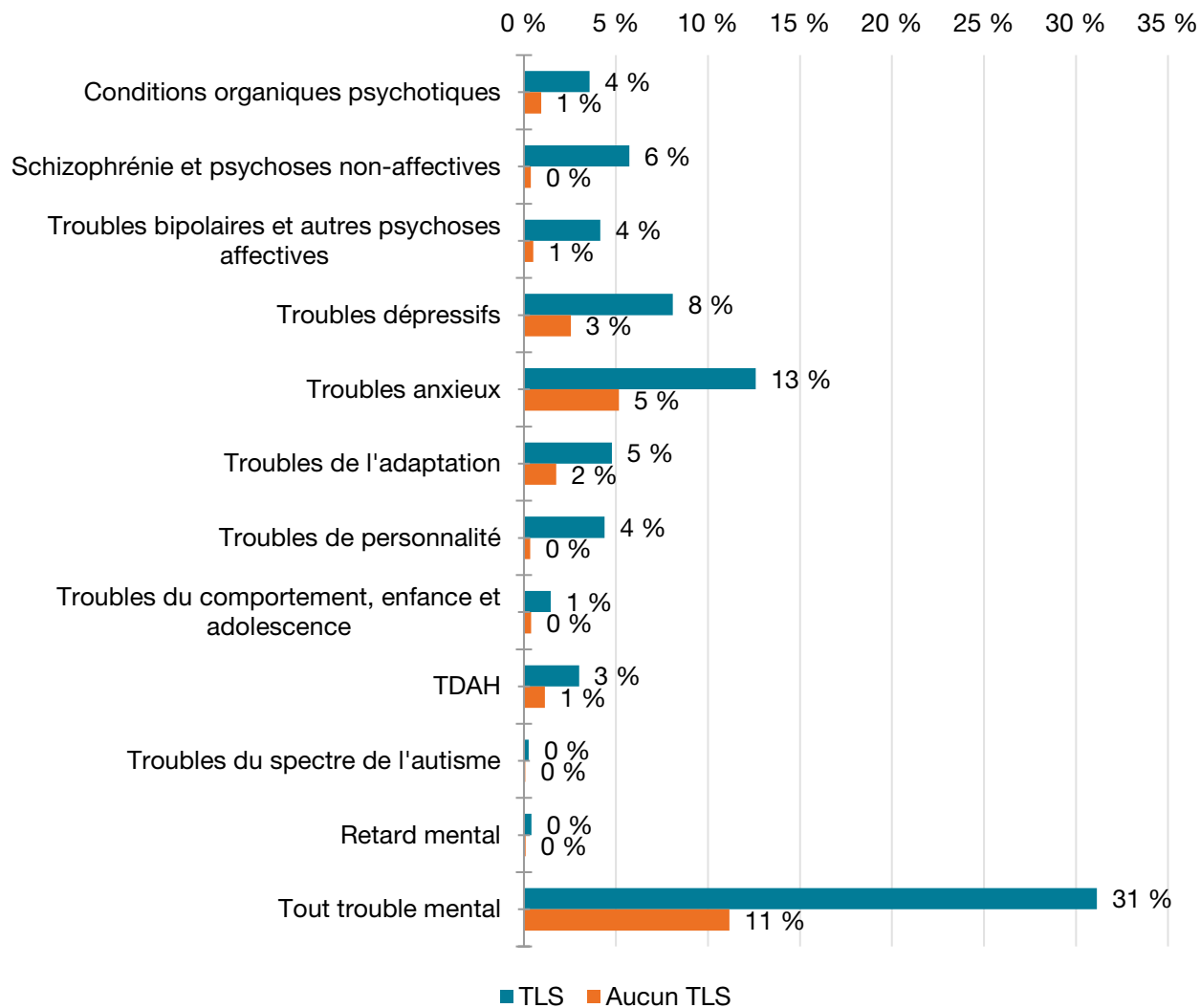


Tableau 1 Prévalence de troubles mentaux diagnostiqués en 2016-2017 chez les Québécois de 12 ans et plus ayant présenté un TLS-alcool, un TLS-drogue ou un TLS-alcool et drogue entre 2001 et 2017, Québec

	TLS-alcool n = 217 350		TLS-drogue n = 188 115		TLS-alcool et drogue n = 93 910	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Conditions organiques psychotiques	3,7	3,6 – 3,8	2,5	2,4 – 2,6	4,5	4,3 – 4,8
Schizophrénie et psychoses non-affectives	4,5	4,3 – 4,6	3,6	3,5 – 3,7	13,1	12,6 – 13,6
Troubles bipolaires et autres psychoses affectives	3,1	3,0 – 3,3	3,5	3,4 – 3,6	8,4	8,0 – 8,9
Troubles dépressifs	6,5	6,3 – 6,7	8,1	7,9 – 8,3	12,2	11,7 – 12,8
Troubles anxieux	10,3	10 – 10,5	12,6	12,4 – 12,9	18,7	18,0 – 19,4
Troubles de l'adaptation	3,8	3,6 – 3,9	4,9	4,7 – 5,0	7,2	6,6 – 7,8
Troubles de personnalité	2,3	2,2 – 2,5	3,7	3,6 – 3,9	10,4	9,9 – 10,9
Troubles du comportement, enfance et adolescence	1,0	0,9 – 1,2	1,5	1,4 – 1,6	2,6	2,1 – 3,2
TDAH	1,9	1,7 – 2,1	3,3	3,2 – 3,5	4,1	3,5 – 4,8
Troubles du spectre de l'autisme	0,2	0,2 – 0,3	0,2	0,2 – 0,3	0,4	0,2 – 0,6
Retard mental	0,4	0,3 – 0,4	0,3	0,3 – 0,4	0,7	0,6 – 1,0
Tout trouble mental	25,8	25,5 – 26,2	29,6	29,3 – 30,0	45,3	44,2 – 46,4

Le tableau 1 détaille la prévalence de troubles mentaux diagnostiqués en 2016-2017 selon le sous-groupe de diagnostics de TLS (alcool seulement, drogue seulement, alcool et drogue). Ainsi, 45 % des personnes ayant reçu un diagnostic de TLS-alcool et drogue présentaient un autre trouble mental. Cette proportion était significativement plus élevée que celui des personnes ayant reçu des diagnostics de TLS-drogue (30 %) ou celui des individus ne présentant que des TLS-alcool (26 %). À l'exception des troubles du spectre de l'autisme et le retard mental, la différence entre la proportion des personnes ayant reçu des diagnostics de TLS-alcool et drogue et celui des personnes ayant reçu un diagnostic dans une seule catégorie de substance est significativement notable, c'est-à-dire plus du double pour certains troubles mentaux (p. ex. : schizophrénie, troubles bipolaires, troubles de personnalité). Comparativement aux personnes ayant reçu un diagnostic de TLS-drogue, celles qui ont reçu celui d'un TLS-alcool ont une proportion légèrement, mais significativement, plus élevée de conditions organiques

psychotiques (4 % contre 3 %), de schizophrénie et autres psychoses non affectives (5 % contre 4 %), mais une proportion légèrement, mais significativement, plus faible de troubles bipolaires (3 % contre 4 %), de troubles dépressifs (7 % contre 8 %), de troubles anxieux (10 % contre 13 %), de troubles de personnalité (3 % contre 4 %), de troubles du comportement (1 % contre 2 %) et de TDAH (2 % contre 3 %).

Utilisation des services médicaux en santé mentale

La figure 3 illustre la proportion d'utilisation des services en santé mentale (incluant la dépendance). Dans cette analyse, une personne peut utiliser plusieurs services, ce qui explique pourquoi le total n'est pas de 100 % à l'intérieur d'une même catégorie diagnostique de TLS. Même si le diagnostic de TLS a été posé à n'importe quel moment au cours des 16 dernières années, plus de la moitié (54 %) des personnes ayant reçu des diagnostics de TLS-alcool et drogue ont consulté des

services médicaux en santé mentale en 2016-2017. Ce groupe de personnes a consulté majoritairement un psychiatre en ambulatoire (27 %), suivi d'un omnipraticien en ambulatoire (26 %), des services d'urgence (22 %), d'un autre médecin spécialiste (18 %), et finalement des services d'hospitalisation (12 %). À noter que 46 % de ce même groupe n'ont consulté aucun service médical en 2016-2017. Pour le groupe de personnes diagnostiquées avec un TLS lié seulement à l'alcool, 17 % ont consulté un omnipraticien, 11 % un psychiatre en ambulatoire, 9 % les services en urgence,

7 % un autre médecin spécialiste, 3 % les services d'hospitalisation et 69 % n'ont pas reçu de service médical. En ce qui concerne les personnes diagnostiquées avec un TLS lié seulement à une drogue, l'omnipraticien était le professionnel le plus consulté (21 %), suivi du psychiatre (13 %) et d'un autre médecin spécialiste (8 %); environ 8 % de ce même groupe ont visité l'urgence et 3 % ont été hospitalisés en santé mentale en 2016-2017. Environ 66 % de ce groupe n'a pas consulté de médecin pour raison de santé mentale cette année-là.

Figure 3 Proportion d'utilisation de services médicaux pour raison de santé mentale chez les personnes de 12 ans et plus avec ou sans TLS, Québec, 2016-2017

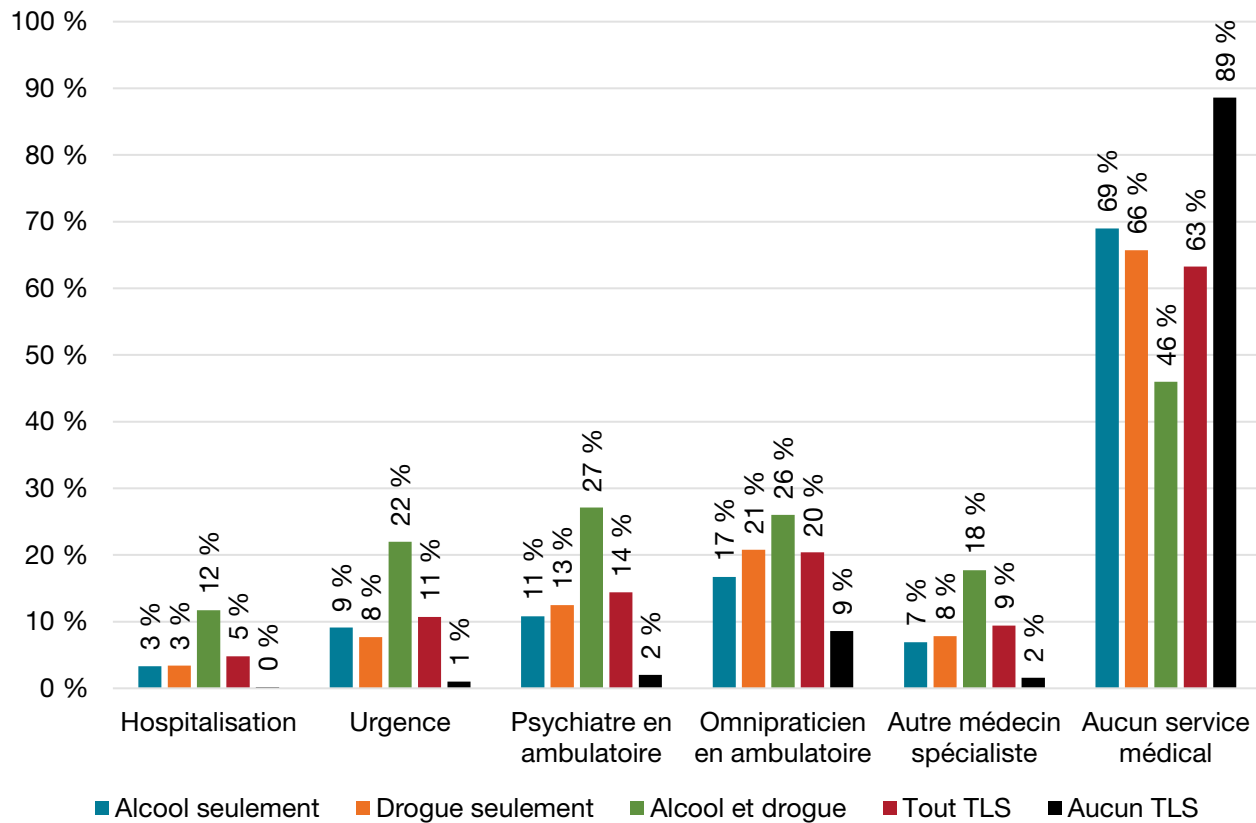


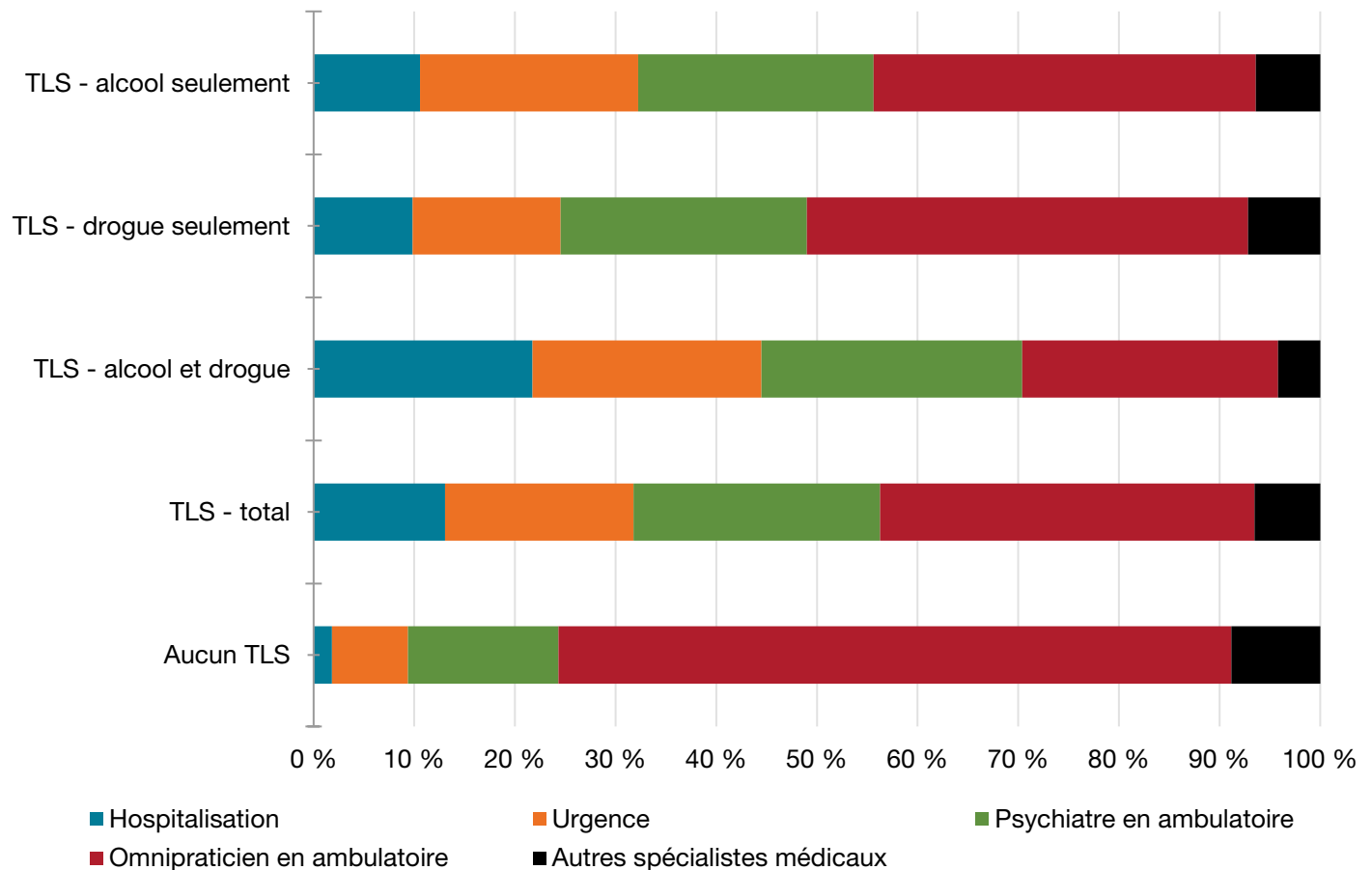
Tableau 2 Nombre de jours d'hospitalisation, de visites à l'urgence et consultations d'un médecin en ambulatoire avec diagnostic de santé mentale chez les personnes ayant (ou non) un TLS, Québec, 2016-2017

	TLS-alcool (n=217 350)	TLS-drogue (n=188 115)	TLS-alcool et drogue (n=93 910)	TLS-total (n=499 375)	Aucun TLS (n=6 664 195)
Hospitalisation					
Nombre total de jours d'hospitalisation	207 175	136 125	279 495	622 795	398 020
Nombre de personnes hospitalisées	6 720	5 610	9 025	21 355	14 315
Durée moyenne d'hospitalisation par personne (en jours)	27,6 [27,7-27-8]	25,3 [25,1-25,5]	30,5 [30,3-30,7]	28,2 [28,1-28,3]	25,4 [25,3-25,5]
Durée moyenne d'hospitalisation par épisode (en jours)	22,0 [21,8-22,2]	19,5 [19,4-19,7]	19,6 [19,4-19,7]	20,2 [20,1-20,3]	21,6 [21,5-21,7]
Visites à l'urgence					
Nombre total de visites à l'urgence	22 130	17 595	35 410	75 135	75 135
Nombre de personnes ayant fréquenté l'urgence	15 815	11 980	16 610	44 405	60 545
Nombre moyen de visites à l'urgence par personne	1,4 [1,4-1,4]	1,5 [1,4-1,5]	2,1 [2,0-2,1]	1,7 [1,7-1,7]	1,3 [1,2-1,3]
Consultations en ambulatoire					
Nombre total de consultations en ambulatoire					
Tout médecin pour raison de santé mentale	167 925	173 695	172 375	513 995	1 588 075
Psychiatre seulement	132 745	141 165	197 815	471 725	604 850
Nombre de personnes ayant consulté un médecin en ambulatoire					
Tout médecin pour raison de santé mentale	47 705	50 155	36 475	134 340	666 420
Psychiatre seulement	20 375	22 455	23 260	66 095	130 630
Taux moyen de visites en ambulatoire					
Tout médecin pour raison de santé mentale	3,6 [3,6-3,6]	3,5 [3,4-3,5]	4,7 [4,7-4,8]	3,8 [3,8-3,8]	2,4 [2,4-2,4]
Psychiatre seulement	6,8 [6,7-6,8]	6,2 [6,2-6,3]	8,3 [8,2-8,4]	7,1 [7,1-7,1]	4,6 [4,6-4,6]

Le tableau 2 présente le nombre de consultations pour raison de santé mentale chez les personnes avec ou sans TLS. De façon générale, les personnes ayant des TLS utilisent plus fréquemment les services d'hospitalisation, de l'urgence ou des médecins en ambulatoire, que les personnes sans TLS. Parmi celles qui utilisent les services, les personnes ayant reçu des diagnostics de TLS-alcool et drogue ont une durée moyenne d'hospitalisation **par personne** de 31 jours pour raison de santé mentale, visitent l'urgence 2 fois en moyenne au cours d'une période de 12 mois, consultent

près de 5 fois l'omnipraticien et environ 8 fois le psychiatre. Ces chiffres sont significativement plus élevés sur le plan statistique que les personnes qui ont reçu un diagnostic lié seulement à l'une ou l'autre des catégories de substance. La durée moyenne d'hospitalisation **par épisode** pour raisons de santé mentale est de 22 jours pour les personnes ayant un TLS-alcool ou ne présentant pas de TLS et elle est de 20 jours pour les personnes ayant un TLS-drogue ou un TLS-alcool et drogue

Figure 4 Profil hiérarchique d'utilisation des services médicaux en santé mentale, Québec, 2016-2017



La figure 4 montre le profil hiérarchique d'utilisation des services médicaux en santé mentale pour l'année 2016-2017. Pour cette analyse, seul le service le plus « important » est considéré; si une personne a été hospitalisée et a vu un omnipraticien en ambulatoire, elle ne sera « comptée » qu'une seule fois et elle sera classée dans les hospitalisations, considérés comme les services prodigués aux problématiques les plus sévères. Les omnipraticiens sont les plus consultés pour les personnes ayant un diagnostic de TLS lié à l'alcool seulement (38 %), un diagnostic de TLS lié à une drogue seulement (43 %), ainsi que pour les personnes sans TLS (67 %). Pour les personnes ayant reçu à la fois des diagnostics liés à l'alcool et liés à une drogue, c'est le psychiatre en ambulatoire qui est le plus consulté (26 %), suivi de l'omnipraticien (25 %). La proportion d'hospitalisation (22 %) chez ces dernières est

significativement plus élevée sur le plan statistique que celui des personnes ayant reçu soit un diagnostic de trouble lié à l'alcool seulement (11 %) ou soit un diagnostic de trouble lié à une drogue seulement (10 %). Environ 22 % des personnes ayant un diagnostic lié à l'alcool seulement, 15 % des personnes ayant un trouble lié à une drogue seulement et 23 % des personnes ayant à la fois un trouble lié à l'alcool et un trouble lié à une drogue ont consulté l'urgence comme le service le plus « important » en termes de coûts et d'intensité de soins.

Discussion

Proportion élevée de troubles mentaux concomitants parmi les personnes ayant un TLS identifié

Au cours de l'année 2016-2017, des proportions jusqu'à trois fois plus élevées de troubles mentaux concomitants ont été estimées à partir des données issues du SISMACQ dans la population présentant un TLS au cours des 16 dernières années, comparativement à la population sans TLS. Cette observation concorde avec les recherches antérieures, qu'elles soient des enquêtes populationnelles ou des études menées dans les milieux cliniques (Kessler, 2004, Rosenthal, Nunes, & Le Fauve, 2012).

Selon les données du SISMACQ, ce sont particulièrement les troubles mentaux courants, notamment les troubles anxieux et les troubles dépressifs, qui sont les plus prévalents dans la population ayant un TLS. Soulignons que ces troubles mentaux courants, comme leurs noms l'indiquent, sont également les plus présents dans la population générale (Baumeister & Härter, 2007). Il est intéressant de constater que l'écart de prévalence entre la population TLS comparée à la population non-TLS est nettement plus élevé pour les troubles de personnalité, pour la schizophrénie et pour les troubles bipolaires que pour les troubles dépressifs, anxieux ou de l'adaptation.

Les analyses actuelles ne permettent pas de déterminer la direction de cette relation entre TLS et troubles mentaux, mais plusieurs hypothèses ont été émises précédemment pour expliquer ce phénomène. La consommation de substances psychoactives peut favoriser l'apparition de symptômes psychiatriques par l'émergence de difficultés relationnelles, professionnelles, sociales et financières. Inversement, la consommation peut être apparue à la suite des troubles mentaux, notamment comme tentative d'alléger la symptomatologie psychiatrique. Autrement, il peut être postulé que les TLS et les autres troubles mentaux partagent des facteurs de risque ou de vulnérabilité communs. Étant donné que les symptomatologies psychiatriques sont actuellement délimitées en catégories distinctes, la concomitance élevée entre les troubles mentaux serait due à l'artefact de nos catégories nosographiques actuelles; en d'autres mots,

les différents troubles mentaux répertoriés dans le DSM et la CIM ne seraient que des manifestations diverses d'un nombre très restreint de psychopathologies, voire même d'une seule (Caspi & Moffitt, 2018, van Loo, Romeijn, de Jonge, & Schoevers, 2013). Dans tous les cas, les personnes ayant plusieurs « manifestations » ou « dimensions » ou « troubles » concomitants vont présenter généralement une symptomatologie plus sévère, ce qui tend à complexifier la prise en charge.

Utilisation de services hospitaliers et d'urgence en santé mentale parmi les personnes ayant un TLS qui consultent

La majorité des personnes ayant un TLS-alcool ou un TLS-drogue, ainsi que près de la moitié de celles ayant des TLS-alcool et drogue n'ont pas utilisé des services médicaux en santé mentale en 2016-2017. Ceci concorde avec l'ESCC, qui rapporte également de faibles utilisations des services professionnels en santé mentale, soit 21 %, parmi les personnes respectant les critères d'un TUS pour l'année 2012 (Baraldi *et al.*, 2015).

Les proportions de non-utilisation rapportées dans le présent rapport peuvent paraître surestimées, mais plusieurs explications peuvent être proposées qui nuancent le constat.

D'abord, étant donné que l'analyse porte sur l'utilisation des services en santé mentale au cours d'une seule année par les personnes ayant reçu un diagnostic de TLS sur une période de 16 ans, il est probable que le recours à des services médicaux n'était pas nécessaire pour une proportion d'entre elles puisque le trouble mental est contrôlé ou en rémission.

De plus, un pourcentage non négligeable de personnes ayant un TLS pourrait avoir eu besoin de services en santé mentale, mais qu'elles n'en ont pas reçus. Cependant, l'absence de service médical en santé mentale ne signifie pas nécessairement que la personne n'a pas reçu de l'aide. En effet, il est très probable que ces personnes aient reçu des soins non-médicaux, comme les services prodigués dans les centres de réadaptation en dépendance ou les organismes communautaires, ainsi que des consultations auprès d'intervenants psychosociaux (psychologues, travailleurs sociaux, etc.) ou des participations à des groupes d'entraide (Fleury, Perreault, Grenier, Imboua, & Brochu,

2016). Soulignons que l'ESCC rapporte aussi que 19,5 % des Canadiens ayant un TLS sans trouble mental concomitant et 22,6 % ayant un TLS et un autre trouble mental concomitant ont reçu uniquement de l'aide informelle (amis, famille, lignes téléphoniques, groupes, etc.), sans recevoir d'aide professionnelle (c.-à-d. médecins, services d'hospitalisation, intervenants psychosociaux, etc.) (Urbanoski, Inglis, & Veldhuizen, 2017). En d'autres mots, l'utilisation des services psychosociaux et non médicaux pourrait expliquer en partie les proportions rapportées de recours aux services médicaux pour raison de santé mentale.

Selon le profil hiérarchique dressé, les omnipraticiens sont les plus consultés en priorité pour les personnes ayant un diagnostic de TLS-alcool ou de TLS-drogue. Un constat similaire peut être fait pour les personnes ayant reçu à la fois des diagnostics de TLS-alcool et drogue, puisque les premiers services consultés par plus de la moitié d'entre elles demeurent les médecins en ambulatoire. Ceci suggère qu'une bonne proportion des Québécois ayant un TLS et qui consultent en santé mentale reçoivent leurs services en soins primaires.

L'hospitalisation et les services d'urgence constituent près du tiers des services en santé mentale utilisés en priorité pour les TLS-alcool, du quart pour les TLS-drogue et près de la moitié pour la combinaison TLS-alcool et drogue démontrent qu'une proportion non négligeable de cette population ressent la nécessité de recourir à des services à haut niveau d'intensité. Cependant, il est aussi probable que les personnes qui ne désirent pas de suivi aient alors recours aux services d'urgence quand ils ressentent des besoins sur le plan médical. Pour cette sous-population, les services d'urgence leur semblent plus adéquats pour répondre à leur besoins, en plus de leur offrir quelques avantages par rapport à d'autres types de services : disponibilité en tout temps, transport facilité par l'ambulance et hébergement temporaire (Parkman, Neale, Day, & Drummond, 2017). Autrement, certaines personnes ayant un TLS ne réussissent pas ou ne demandent pas à accéder à des services, soit parce que les ressources sont limitées à certains endroits ou parce que certains professionnels ressentent une certaine réticence à les prendre en charge (van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013); l'urgence devient alors l'endroit où les personnes qui n'ont pas accès à des services consultent.

Les données de ce rapport ne permettent pas d'affirmer si ce recours élevé de l'hospitalisation et de l'urgence est « justifié » ou non, mais soulignent néanmoins l'importance perçue des problèmes vécus par les personnes ayant un TLS, que ce soit l'intensité de la symptomatologie ou la difficulté d'accéder aux services primaires.

La coprésence d'un trouble lié à l'alcool et d'un trouble lié à une drogue

Avoir été diagnostiqué à la fois avec un trouble lié à l'alcool et un trouble lié à une drogue semble augmenter la probabilité de présenter un autre trouble mental et de recourir davantage à tous les services de santé mentale à l'étude, comparativement au fait d'avoir reçu un diagnostic que pour l'une ou l'autre des catégories de substances.

Notons particulièrement une utilisation plus fréquente des services à niveau intensif, comme les hospitalisations et les unités d'urgence. En d'autres mots, la combinaison des troubles liés à l'alcool à ceux liés aux autres drogues constitue une présentation clinique plus sévère. Les mécanismes sous-jacents sont difficiles à préciser, mais les effets additifs et parfois synergiques des substances pourraient en partie expliquer ces résultats (Singh, 2019).

Limites

Une première limite est que le SISMACQ est composé de fichiers dont le but premier est de répondre à des besoins administratifs, comme la rémunération des médecins. Ainsi, plusieurs autres données cliniques ou variables pertinentes sont absentes.

Une seconde limite tient au fait que le SISMACQ n'inclut que les personnes qui ont eu recours aux services médicaux par un médecin rémunéré à l'acte.

Une troisième limite se situe dans l'identification diagnostique; même si le SISMACQ inclut la quasi-totalité des québécois, les prévalences rapportées ne représentent pas forcément celles qu'on retrouverait réellement dans la population générale. En effet, le fichier des services rémunérés à l'acte ne permet pas la codification de diagnostics secondaires. Les prévalences calculées à partir du SISMACQ pourraient refléter celles

de la population générale si la quasi-totalité des cas de TLS était vue et répertoriée par les médecins et si la codification à la RAMQ permettait et obligeait la saisie des diagnostics secondaires.

Une quatrième limite réside dans l'absence d'étude comparant les données clinico-administratives provenant du SISMACQ et les données purement cliniques issues de l'entièreté des dossiers médicaux, ce qui ne permet pas d'établir les indices de validité des indicateurs. En revanche, les indicateurs utilisés dans le SISMACQ ont été développés à partir d'algorithmes utilisés par d'autres équipes de recherche et instances gouvernementales à l'international. Ainsi, la spécificité est bonne (supérieure à 90 %), mais reste peu à modérément sensible, soit 70 % et une valeur prédictive positive autour de 45 % (Al Kazzi *et al.*, 2015, Durand *et al.*, 2015, Kim *et al.*, 2012, Quan *et al.*, 2008, Rowe *et al.*, 2017). Soulignons qu'il n'existe pas actuellement d'algorithmes standardisés ou consensuels pour identifier les cas de TLS à partir des codes de la CIM; la généralisation des résultats et la comparaison avec d'autres études se limitent aux équipes qui utilisent des définitions similaires aux nôtres, notamment qui incluent des codes d'intoxication ou de troubles induits.

Finalement, les définitions utilisées dans ce rapport appellent à une interprétation nuancée, puisque que la population étudiée est constituée de toute personne ayant reçu un diagnostic de TLS au cours des 16 dernières années, c'est-à-dire autant les cas actuels que passés. Ainsi, le trouble mental diagnostiqué en 2016-2017 ou les services en santé mentale utilisés au cours de cette même année peuvent être non reliés au TLS, surtout si une personne n'en présente plus les symptômes depuis quelques années.

Conclusions

Les estimations issues des données du SISMACQ démontrent que près du tiers des personnes identifiées ayant eu un TLS au cours des 16 dernières années avaient également été diagnostiquées avec un autre trouble mental au cours de l'année 2016-2017; cette proportion est trois fois plus élevée que dans la population sans TLS.

La combinaison de troubles liés à l'alcool et ceux liés à une drogue, par rapport au fait de présenter un trouble lié seulement à l'une ou l'autre des catégories de substances, augmente considérablement les probabilités de souffrir d'un autre trouble mental.

Tous ces éléments suggèrent la nécessité d'assurer l'accès à des services appropriés pour la population souffrant de troubles concomitants, tant sur le plan du dépistage, de l'intervention que de l'orientation appropriée. Des trajectoires de services et une organisation des soins basées sur les meilleures pratiques en troubles concomitants sont nécessaires à cet effet, et doivent être disséminées sur l'ensemble du territoire pour assurer un accès équitable à de tels services, peu importe la porte d'entrée dans le système.

Du soutien aux multiples acteurs du système de santé qui sont amenés à rencontrer ces personnes doit être accéléré pour faire face à ces défis. Des actions concrètes ont été menées récemment au Québec, notamment par la création en 2017 du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC), qui vise à soutenir les établissements et leurs équipes dans l'implantation et la pérennisation d'une offre de soins et de services intégrés et adaptés aux besoins spécifiques des personnes présentant des troubles concomitants. Les organisations et établissements du réseau de la santé doivent être sensibilisés à ces enjeux.

De plus, les « doubles diagnostics » au sein des TLS sont associés à une utilisation plus fréquente des services en santé mentale, notamment les hospitalisations et l'urgence, soulignant la sévérité de la problématique. Bien que les psychiatres et les omnipraticiens en ambulatoire constituent les services en santé mentale les plus consultés parmi les personnes ayant un TLS, ils ne totalisent pas ensemble la moitié des services utilisés. Ces données apportent un éclairage sur la situation actuelle de la prise en charge médicale en santé mentale auprès des personnes ayant un TLS, ce qui pourrait contribuer à rectifier d'éventuelles lacunes dans le système de santé actuel.

Références

- Al Kazzi, E. S., Lau, B., Li, T., Schneider, E. B., Makary, M. A., & Hutfless, S. (2015). Differences in the prevalence of obesity, smoking and alcohol in the United States Nationwide Inpatient Sample and the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *PLoS One*, *10*(11), e0140165.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- Baraldi, R., Joubert, K., & Bordeleau, M. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. In I. d. I. s. d. Québec. (Ed.), (pp. 1-135). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(7), 537-546.
- Blais, C., Jean, S., Sirois, C., Rochette, L., Plante, C., Larocque, I., ... Émond, V. (2014). Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice *Maladies chroniques et blessures au Canada (MCBC)* (Vol. 34, pp. 247-256). Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Buckley, P. F., & Brown, E. S. (2006). Prevalence and consequences of dual diagnosis. *J Clin Psychiatry*, *67*(7), e01.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *The American Journal of Psychiatry*, *175*(9), 831-844.
- Durand, M., Wang, Y., Venne, F., Leloir, J., Tremblay, C. L., & Abrahamowicz, M. (2015). Diagnostic accuracy of algorithms to identify hepatitis C status, AIDS status, alcohol consumption and illicit drug use among patients living with HIV in an administrative healthcare database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *24*(9), 943-950.
- Fleury, M. J., Perreault, M., Grenier, G., Imboua, A., & Brochu, S. (2016). Implementing key strategies for successful network integration in the Quebec substance-use disorders programme. *Int J Integr Care*, *16*(1), 7.
- Harris, M. G., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... collaborators, o. b. o. t. W. H. O. s. W. M. H. S. (2019). Cross-national patterns of substance use disorder treatment and associations with mental disorder comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. *Addiction*, 1-14.
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M., & Sitharthan, T. (2016). Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *206*, 321-330.
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Larocque, A., Fleury, M. J., ... Lesage, A. (2019). Les troubles liés aux substances psychoactives - prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016 (pp. 1-56). Québec (Québec): Institut national de santé publique du Québec. ISBN: 978-2-550-83486-1.
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., & Lesage, A. (2018). Définir les troubles liés aux substances psychoactives à partir de données administratives. *Santé mentale au Québec*, *43*(2).
- Institut canadien d'information sur la santé. (2013). Hospital Mental Health Services for Concurrent Mental Illness and Substance Use Disorders in Canada (pp. 1-24): Institut canadien d'information sur la santé.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, *56*(10), 730-737.
- Khan, S. (2017). Concurrent mental and substance use disorders in Canada. *Health Reports*, *28*(8), 3-8.
- Kim, H. M., Smith, E. G., Stano, C. M., Ganoczy, D., Zivin, K., Walters, H., & Valenstein, M. (2012). Validation of key behaviourally based mental health diagnoses in administrative data: suicide attempt, alcohol abuse, illicit drug abuse and tobacco use. *BMC Health Services Research*, *12*, 18.

- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 154, 1-13.
- Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 159-164.
- Organisation mondiale de la santé. (1977). *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès* (Révision 1975.. ed.). Genève: Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (1994). *Classification internationale des maladies, dixième révision. Chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Genève : Paris: OMS ; Masson, Genève : Paris.
- Parkman, T., Neale, J., Day, E., & Drummond, C. (2017). Qualitative exploration of why people repeatedly attend emergency departments for alcohol-related reasons. *BMC health services research*, 17(1), 140-140.
- Quan, H., Li, B., Saunders, L. D., Parsons, G. A., Nilsson, C. I., Alibhai, A., ... Investigators, I. (2008). Assessing validity of ICD-9-CM and ICD-10 administrative data in recording clinical conditions in a unique dually coded database. *Health Services Research*, 43(4), 1424-1441.
- Rosenthal, R. N., Nunes, E. V., & Le Fauve, C. E. (2012). Implications of epidemiological data for identifying persons with substance use and other mental disorders. *American Journal on Addictions*, 21(2), 97-103.
- Rowe, C., Vittinghoff, E., Santos, G. M., Behar, E., Turner, C., & Coffin, P. O. (2017). Performance measures of diagnostic codes for detecting opioid overdose in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 24(4), 475-483.
- Saha, T. D., Grant, B. F., Chou, S. P., Kerridge, B. T., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2018). Concurrent use of alcohol with other drugs and DSM-5 alcohol use disorder comorbid with other drug use disorders: Sociodemographic characteristics, severity, and psychopathology. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 261-269.
- Singh, A. K. (2019). Alcohol Interaction with cocaine, methamphetamine, opioids, nicotine, cannabis, and γ -hydroxybutyric acid. *Biomedicines*, 7(1), 16.
- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 105-116.
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: An updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5, 15-15.
- Urbanoski, K., Inglis, D., & Veldhuizen, S. (2017). Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(8), 551-559.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1), 23-35.
- van Loo, H. M., Romeijn, J. W., de Jonge, P., & Schoevers, R. A. (2013). Psychiatric comorbidity and causal disease models. *Preventive Medicine*, 57(6), 748-752.

REMERCIEMENTS

Alexandre Larocque

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Mc Gill University Health Center
Centre antipoison du Québec, Montréal

RÉVISEURS

L'Institut désire remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont accepté de donner temps, expertise et commentaires sur le présent avis scientifique :

Nadia L'espérance

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec-DEURI

Pierre-Yves Tremblay

Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de cet avis et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : Troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale

AUTEURS

Christophe Huÿnh

Institut universitaire sur les dépendances,
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal et
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Louis Rochette

Éric Pelletier

Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Didier Jutras-Aswad

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Marie-Josée Fleury

Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal
Douglas Institut universitaire en santé mentale, Montréal

Steve Kisely

Departments of Community Health and Epidemiology, Dalhousie
University, Halifax
School of Medicine, University of Queensland

Alain Lesage

Institut universitaire en santé mentale de Montréal et
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Sylvie Muller

Bureau d'information et d'études en santé des populations,

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-86525-4 (PDF)
ISSN : 1922-1762 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2963