

PROGRAMME FÉDÉRAL DE RECHERCHES DROGUES

ABSTRACT

SUMHIT

Substance use and mental health care integration

Une étude des réseaux de services en santé mentale et en addictions en Belgique, leur accessibilité, et les besoins des usagers

AUTHORS:

Mégane CHANTRY (UCLouvain)
Jürgen MAGERMAN (HOGENT/UGent)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)
Deborah Louise SINCLAIR (UGent)
Ilse GOETHALS (HOGENT)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)

PROMOTORS:

Pablo NICAISE (Coord) – Institute of Health and Society (IRSS), UCLouvain
Jessica DE MAEYER – EQUALITY//ResearchCollective, HOGENT
Lies GREMAUX – Sciensano
Wouter VANDERPLASSCHEN – Department of Special Needs Education, UGent
Freya VANDER LAENEN[†] – Department of Law and Criminology, UGent
Philippe DELESPAUL – Department of Psychiatry and Neuropsychology and
School for Mental Health and Neuro Science, Maastricht University

Les addictions aux drogues et les maladies mentales sont des sujets sensibles qui donnent lieu à des interprétations différentes selon la terminologie utilisée. Dans les différentes sections du présent rapport, nous avons choisi de parler de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS), quelle que soit la substance, y compris l'alcool, et de troubles mentaux ou de maladies mentales (MM). Nous parlons également de "soins" pour désigner tout type de soutien, qu'il soit médical, psychologique, social ou autre, et nous appelons les personnes qui utilisent les services de soins ou qui auraient besoin de soins des "utilisateurs de soins" ou parfois des "usagers". Nous distinguons donc les personnes qui consomment des drogues sans avoir de besoins spécifiques et les personnes qui ont des troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que les utilisateurs de soins, c'est-à-dire des personnes qui utilisent des services ou qui ont besoin de soins. Nous utilisons ces termes dans un sens générique, sans aucune orientation normative spécifique qui sous-tendrait ces concepts. Le cadre conceptuel qui sous-tend l'ensemble de la recherche est l'approche par le rétablissement personnel⁽¹⁻⁴⁾, dont nous présentons les principaux aspects dans les pages qui suivent. Bien que ce concept soit également sujet à différentes interprétations, nous le comprenons comme une approche des TUS et des MM qui soutient l'autonomie, l'inclusion sociale, la responsabilisation et les ressources personnelles des personnes ayant des besoins de soins afin qu'elles puissent déployer une vie pleine de sens en dépit des problèmes éventuels liés à la maladie⁽¹⁾.

La littérature scientifique indique que la consommation de drogues chez les personnes ayant des troubles mentaux (MM) varie de 20 à plus de 50%^(5, 6), tandis que les troubles de santé mentale sont également courants chez les personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances (TUS). Les personnes ayant à la fois des TUS et des MM font face à des difficultés plus importantes que les personnes ayant uniquement l'un ou l'autre de ces types de trouble, que ce soit en termes d'accessibilité aux services, de besoins non satisfaits, d'adhésion aux traitements ou de rechutes, d'intégration sociale et de rétablissement personnel⁽⁷⁾. Leurs besoins médicaux, psychologiques et sociaux nécessitent une prise en charge globale de la part des prestataires de soins, notamment en termes de continuité des soins et de soins personnalisés^(1, 3, 4, 8-11). Pourtant, en Belgique comme dans d'autres pays, l'offre de soins pour ces publics est divisée en secteurs séparés, un secteur générique de soins de santé mentale et un secteur spécialisé dans le domaine des addictions. C'est pourquoi l'étude SUMHIT a examiné les besoins des usagers des deux types de services, ainsi que les expériences des usagers et des professionnels dans l'accès et la délivrance des soins. Par ailleurs, SUMHIT a examiné la capacité organisationnelle des deux secteurs à collaborer et à s'intégrer dans le cadre général des réseaux de services mis en oeuvre dans la réforme « psy 107 ».

Cinq territoires ont été sélectionnés pour l'étude : Anvers (SaRA), Alost-Termonde-St-Nicolas (GGZ ADS), et Flandre du Sud-Ouest (GGZ ZWVI) en Flandre ; Brumenta (le réseau bruxellois, qui est composé de 4 sous-réseaux : Bruxelles-Est, Hermes+, Rézone, et Norwest) ; et le "Réseau Santé Namur" en Wallonie. Dans ces cinq territoires, plusieurs actions de recherche ont été menées : une enquête auprès de 562 usagers de services sur leurs besoins en soins et soutien, rencontrés ou non par les services ; 53 entretiens qualitatifs ont également été menés avec des utilisateurs de services et des personnes qui ne sont plus en contact avec le système de soins. Au niveau des professionnels, une enquête sur l'organisation des services a été complétée par 194 services génériques et spécialisés, et des groupes focaux ont été organisés avec des professionnels et des experts d'expérience. Enfin, une revue de littérature a été menée sur les interventions facilitant le rétablissement personnel des usagers ayant des troubles liés à l'utilisation de substances. SUMHIT se conclut par un ensemble de recommandations

qui ont été élaborées sur base des résultats de l'étude et discutés dans des groupes focaux avec des responsables de services, coordinateurs de réseaux et personnes participant à la prise de décision politique.

Les principaux résultats de SUMHIT confirment que la prévalence de la **comorbidité qui associe les troubles liés à l'utilisation de substances et d'autres maladies mentales** est élevée : les utilisateurs de services ayant un besoin non rencontré en matière de santé mentale sont cinq fois plus susceptibles d'avoir également un besoin non rencontré en matière de troubles liés à l'usage de substances, et vice-versa. Pourtant, lorsque le besoin de soins de santé mentale est rencontré, le besoin de soins liés à l'usage de substances est significativement trois à quatre fois moins élevé. De **nombreux autres besoins de soins** sont associés à cette comorbidité, tels que des besoins socio-économiques, des besoins par rapport aux activités quotidiennes et des besoins en matière de relations sociales. Ce dernier point est un domaine de besoin non rencontré pour la majorité des utilisateurs, y compris ceux ayant déclaré le moins de besoins. On voit ainsi que cette population souffre d'isolement social. En outre, les besoins n'affectent pas les genres de la même manière : **le genre est un facteur qui nécessite une attention particulière** et des mécanismes différenciés d'accès aux soins. **Le nombre de besoins de soins, en particulier le nombre de besoins en soins non rencontrés, est associé à une moindre intégration sociale et à une moindre qualité de vie, ainsi qu'à des consommations de multiples substances.**

SUMHIT a également mesuré que **31% des utilisateurs des services génériques de santé mentale ont un trouble lié à l'utilisation de substances**. Les usagers qui consomment des drogues illicites, en particulier des opiacés, sont plus susceptibles d'être pris en charge dans les services spécialisés en matière d'addictions que dans les services génériques de soins de santé mentale, même s'ils sont plus susceptibles d'avoir des besoins non rencontrés en santé mentale. Les obstacles aux soins sont signalés par les usagers. Ils rapportent également des expériences de **stigmatisation, en particulier en ce qui concerne l'usage de substances dans les services génériques**. Ces résultats peuvent être mis en perspective avec le nombre élevé de services (41%) qui ont déclaré que la consommation de substances était un critère d'exclusion pour entamer une prise en charge. Les listes d'attente sont perçues par les usagers comme une **marque de fragmentation et de travail en silo**, car de nombreux services appliquent de longues procédures d'admission. En outre, les usagers perçoivent une tension entre le traitement et le soutien personnel ce qui les amène à avoir le sentiment de ne pas toujours être "réellement" écoutés. **Les services génériques de soins de santé mentale, en particulier les services hospitaliers et les services de réhabilitation, ont des critères d'accès significativement plus restrictifs**. En revanche, **30% des services ont déclaré avoir au moins un pair-aidant, ce qui limite les effets de la stigmatisation et facilite l'inclusion des personnes ayant des TUS**. La structure des contacts entre services montre qu'une collaboration renforcée et formalisée est possible.

Sur base de ces résultats, SUMHIT formule 12 recommandations aux niveaux macro et méso. Elles mettent en exergue une plus grande formation des professionnels aux principes du rétablissement personnel, une plus grande attention à l'organisation et la structuration de l'offre de soins sur une base territoriale et populationnelle afin que l'éventail de l'offre de soins soit disponible sur un territoire, la mise en oeuvre d'interventions au niveau des réseaux pour faciliter l'accès et la navigation au sein de l'offre de soins, et enfin une plus grande attention aux effets délétères de la stigmatisation sur les parcours de soins. Les autorités sont, pour leur part, invitées à mettre en place des mécanismes organisationnels et financiers pour soutenir cette approche du rétablissement personnel articulée sur un territoire.

References

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11-23.
2. Deegan P. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11-9.
3. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(6):445.
4. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;13(1):12-20.
5. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(12).
6. McKee SA. Concurrent substance use disorders and mental illness: Bridging the gap between research and treatment. *Canadian Psychology*. 2017;58(1):50-7.
7. Rush B, Koegl CJ. Prevalence and Profile of People with Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders within a Comprehensive Mental Health System. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(12):810-21.
8. Coffey M, Hannigan B, Barlow S, Cartwright M, Cohen R, Faulkner A, et al. Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):115.
9. Davidson L, White W. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2007;34(2):109-20.
10. Ellison ML, Belanger LK, Niles BL, Evans LC, Bauer MS. Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2018;45(1):91-102.
11. Thomas EC, Ben-David S, Treichler E, Roth S, Dixon LB, Salzer M, Zisman-Ilani Y. A Systematic Review of Shared Decision-Making Interventions for Service Users With Serious Mental Illnesses: State of the Science and Future Directions. *Psychiatric Services*. 2021;72(11):1245-364.