



Déficiência intellectuelle et consommations de substances psychoactives

Mini revue de littérature produite avant le lancement du projet handicap-addictions dans le but d'attester des besoins spécifiques des personnes ayant une déficiéce intellectuelle

Téléchargeable exclusivement sur :
www.handicap-addictions.ch

Janvier 2019
GREa

Table des matières

Résumé.....	3
Introduction :	4
1. État de la littérature	5
Biais des études :	7
2. Définition de la Déficience Intellectuelle (DI)	8
3. La vulnérabilité des personnes avec déficience intellectuelle.....	9
4. L'environnement social comme facteur important.....	10
5. Différents problèmes soulevés dans les services prenant en charge des questions de handicap ou d'addictions	11
6. Amélioration à apporter	12
7. Conclusion	14
8. Bibliographie.....	15

Résumé

La déficience intellectuelle et les consommations de substances n'ont été que peu traitées dans la littérature à ce jour, tant au niveau international que national. Cette revue de littérature reprend des études effectuées dans différents pays sur la question des consommations problématiques de substances dans la population spécifique des personnes avec déficience intellectuelle (DI). Toutes les études nous montrent que cette population n'est pas en reste quant aux consommations, bien que la prévalence à la consommation soit moins élevée en comparaison à la population générale (sauf pour le tabac qui est similaire). Que ce soit le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, etc. les personnes en situation de DI consomment une variété de substances légales et illégales. Les auteurs des différentes études nous disent que les personnes en situation de DI notamment ceux ayant une Déficience Intellectuelle se situant entre Moyenne à Borderline (DIMB) sont plus à risque de développer des troubles de l'usage de substances (TUS), avec des conséquences psychiques, physiques et sociales. Ils soulèvent le manque de formation, connaissances et outils à disposition des professionnel-le-s des milieux addictologiques et des centres de prise en charge des personnes DI. Cela a donc un effet sur la prise en charge de ces patients, un problème dans le repérage des personnes en situation de consommation et des déficiences intellectuelles. Enfin, les auteurs recommandent donc une prise en charge globale du patient notamment au travers de méthodes intégratives, et de la mise en place de collaborations interdisciplinaires entre les champs du handicap et des addictions.

Introduction :

La déficience intellectuelle et les consommations de substances n'ont été que peu traitées dans la littérature à ce jour, tant au niveau international que national. A ce sujet, en Suisse, nous n'avons trouvé d'études abordant cette question particulière. Cette revue de littérature se veut être un panorama général des recherches effectuées sur cette thématique particulière dans différents pays du globe.

Au travers d'un bref aperçu de l'état de la littérature, nous nous pencherons sur les chiffres ressortis des différentes études internationales concernant les consommations de substances chez les personnes en situation de déficience intellectuelle et quels types de produits sont consommés. Dans un deuxième temps, nous aborderons les définitions de ce qu'est une déficience intellectuelle et comment celle-ci est classifié selon des échelles, afin de bien comprendre ce que l'on entend par déficience intellectuelle et pouvoir mettre en lumière les groupes à risques en termes de consommation de substances. Dans un troisième temps, il s'agira de voir ce que les études effectuées nous disent des conséquences psychiques, physiques et sociales à propos des consommations dans la population en situation de DI et en quoi l'environnement social peut avoir un impact sur l'entrée en consommation.

Enfin, nous nous attarderons sur les différents problèmes soulevés dans les services prenant en charge ces questions-ci (addictologiques ou en charge de personnes en situation de déficience intellectuelle) et quelles améliorations pourraient être apportées afin de répondre aux questions de la prise en charge des personnes en situations de déficience intellectuelle et en prise avec des consommations de substances (problématiques ou non).

1. État de la littérature

Bien que durant les dix dernières années, un nombre croissant d'études a été effectué sur le sujet de la Déficience Intellectuelle (DI) et de l'usage de substance, ce domaine d'études reste peu exploré. A ce sujet en 2012, Chapman et al., recensent 37 articles de journaux et deux dissertations sur l'usage de substances et les problèmes relatifs pour les personnes présentant une DI durant les 30 dernières années.¹ Or, bien que la consommation de substances (légales et illégales) demeure un sujet peu étudié dans la littérature sur la DI (Van Duijvenbode et al., 2015), il existe des preuves substantielles que les personnes ayant une DI consomment une grande variété de drogues (VanDerNagel, Kiewik, Buitelaar, & De Jong, 2011, in : Swerts et al., 2017, p.2).

Plusieurs études ont été effectuées dans différents pays validant l'hypothèse que les consommations de substances ont lieu également chez les personnes avec DI (Chapman et al., 2012). La prévalence estimée pour les usagers de substance chez les personnes avec DI suggère qu'il y a un taux inférieur d'usage d'alcool et de drogue et un taux similaire pour la consommation de tabac, lorsque qu'ils sont comparés aux taux correspondant dans la population générale (Emerson & Turnbull, 2005). Au Royaume-Uni, l'étude de Cooper et ses collègues (2007), a trouvé que 1% des 1023 individus atteints de DI entre 16-83 ans ont un trouble de l'utilisation de substances selon le DSM-IV. En Australie, dans une population de 36 adultes atteints de DI, 36% fumaient alors qu'en comparaison à la population générale seulement 25% fumaient (Tracy et Hoskin, 1997). En 2011, aux PaysBas, l'étude de VanDerNagel, Kiewik, Buitelaar, et Dejong montre que 34.8% des répondants consommaient de l'alcool et du cannabis, 32.6% utilisaient de l'alcool exclusivement, 15.1% utilisaient des stimulants, 8% du cannabis exclusivement, 1.2% des opioïdes et enfin 7% n'utilisaient ni drogues ni alcool (In : Chapman et al., 2012). Les taux pour l'alcool étaient inférieurs pour les personnes avec DI en comparaison de la population générale, mais l'usage de drogues était généralement plus commun. Concernant les consommations de tabac, il y a un taux plus élevé de consommateurs chez les adolescents atteints de DI que chez ceux ne présentant pas de DI (Emerson et Turnbull, 2005). En Grèce, Kalya (2007) établit le même fait au niveau de la consommation de tabac concernant cette population particulière.

¹ Carroll Chapman et Wu, « Substance Abuse among Individuals with Intellectual Disabilities », *Research in Developmental Disabilities*, vol. 33, 7/2012, p.1148

Plus récemment, en 2018, Salavert et al., remarquent que lorsqu'ils incluent le trouble tabagique dans l'analyse, 42 % (N = 37) des participants répondaient aux critères d'un diagnostic de troubles de l'usage de substance (TUS). Le tabac était sans aucun doute la principale substance d'usage et, en relation avec le diagnostic du trouble tabagique, il s'agissait d'un trouble " grave " selon les spécifications de gravité du DSM-V chez 77 % (N=24) des personnes qui l'ont présenté. Lorsque le diagnostic de trouble tabagique a été exclu de l'analyse, les patients présentant un TUS représentaient 36,4 % (N = 32) de l'échantillon des sujets étudiés présentant une DI. La principale substance consommée après le tabac était le cannabis, et 25 % (N = 22) des répondants de l'échantillon (32 % (N = 7) avec un facteur de gravité " grave ") répondaient aux critères de troubles liés à la consommation de cannabis. Les troubles liés à la consommation d'alcool venaient ensuite, avec 22,7 % (N = 20) de l'échantillon [20 % (N = 4) " graves "], suivis des troubles liés à la consommation de cocaïne dans 13,6 % (N = 12) des cas [" graves " dans 50 % (N = 6) des cas]. Une autre étude nous montre qu'environ 50% des cas étudiés, des individus âgés de 12 à 15 ans avec déficience intellectuelle moyenne à borderline (DIMB)² aux Pays-Bas, avait déjà consommé du tabac contre 39% chez les cas sans déficience intellectuelle (Monshouwer et al. : 2007, in : Kiewik et al. : 2016). Bien que les taux de consommation d'alcool chez les populations avec une DIMB soient inférieurs à la moyenne de la population néerlandaise, VanDerNagel et al. (2016) ont constaté que les taux de tabagisme et de cannabis triplaient la moyenne nationale.

Quoique l'alcool est la substance la plus consommée dans la population avec DI, lorsqu'on retire le trouble de l'usage du tabac (Taggart et al. 2006, van Duijvenbode et al. 2015), de récentes données ont montré une tendance dans le sens d'une augmentation de consommation de cannabis chez les gens présentant une DI (VanDerNagel et al. 2011), ainsi qu'un âge d'apparition de la consommation de substances légales et illégales, beaucoup plus précoce que ce à quoi on pourrait s'attendre (Kiewik et al. : 2016, In : Salavert et al. : 2018).

Enfin, l'étude de Swerts et al., (2017), démontre que les individus avec DI usent d'une variété de substances licite et illicites, et présentent différents niveaux et caractéristiques de l'usage de substances.

² Pour les classifications veuillez vous reporter au chapitre « 2. Définition de la déficience intellectuelle. »

Nous voyons donc au travers ces différentes études que les personnes avec déficience intellectuelle consomment différentes substances, qu'elles soient légales ou illégales. Le trouble de l'usage du tabac semble être le plus fréquent, suivi des autres substances, qu'il nous est impossible de classer par ordre de fréquence. L'importance est donc mise sur le fait que cette population particulière utilise des substances psychoactives et qu'il serait nécessaire d'étudier les usages notamment pour la Suisse où les données et études manquent.

Biais des études :

Ces études doivent tout de même être prise avec précaution notamment au niveau du nombre de participants relativement faible, des catégories définissant la DI (notamment le classement sur l'échelle du QI) et des définitions de l'usage de substances psychoactives. Il est compliqué de faire des comparaisons internationales sur les questions de consommations de substances psychoactives chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (Chapman et al., : 2012). En effet, les définitions de l'usage de substances, la définition de la déficience intellectuelle, la durée de l'utilisation de la substance, le nombre de participants dans les échantillons, différents critères d'inclusion ou d'exclusion ne sont pas similaires entre chaque étude. En comparant différentes études de différents pays (US, GB, Netherlands, Australie), les résultats sont très variables et ne peuvent être extrapolés à un niveau international.

En 2016, VanDerNagel et al., soulignent que, premièrement, la plupart des études se concentrent sur un nombre relativement faible de participants et de services (souvent spécialisés) qui limite la généralisation à la population générale des personnes avec DI. Deuxièmement, la plupart des études n'inclue pas le groupe à haut risque des personnes avec DI borderline. Et troisièmement, la plupart des études s'appuyaient sur des rapports par procuration ou sur l'auto-déclaration à l'aide d'instruments qui n'étaient pas validés ou adaptés aux besoins des personnes atteintes de déficience intellectuelle de moyenne à borderline.

A la lecture de ces différentes études, nous devons garder en tête les dynamiques intrinsèquement liées aux régions du monde dans lesquelles elles ont été effectuées, la définition de la déficience intellectuelle utilisée, le nombre de participants, la définition du trouble de l'usage de substances (...) afin de ne pas tirer de généralisations hâtives sur la question.

2. Définition de la Déficience Intellectuelle (DI)

La déficience intellectuelle est, au sens de l'Organisation mondiale de la santé, « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement ». La limitation significative du fonctionnement adaptatif est visible dans divers secteurs d'aptitudes tels que la communication, les apprentissages scolaires, l'autonomie, la responsabilité individuelle, la vie sociale, le travail, les loisirs, la santé, ou encore la sécurité.³

The American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) définit la déficience intellectuelle (DI) comme "... un déficit caractérisé par des limitations importantes du fonctionnement intellectuel (raisonnement, apprentissage, résolution de problèmes) et du comportement adaptatif, qui couvre un éventail d'aptitudes sociales et de pratiques quotidiennes. Cette incapacité prend naissance avant l'âge de 18 ans " (AAIDD, 2012)."⁴

Selon le manuel DSM-IV, un diagnostic de déficience intellectuelle placera le QI sur une échelle partant de *borderline* jusqu'à *profonde*. La classification des individus et du degré de déficience intellectuelle se fera comme suit :

QI inférieur à 20-25 comme DI profonde,
de 20-25 à 35-40 comme DI sévère,
de 35-40 à 50-55 comme DI modérée,
de 50-55 jusqu'à approximativement 70 à DI moyenne ou légère
et de 71 à 84 comme DI borderline (APA, 2000).^{5 6}

³ In : Déficience intellectuelle, expertise collective, synthèse et recommandations, Les éditions Inserm, Paris, 2016, p. XIII.

⁴ In : VanDerNagel, Kiewik, Buitelaar, et al., « Is It Just the Tip of the Iceberg? : substance use and misuse in individuals with intellectual disability (SumID) », Netherland, 2016, p.11-12

⁵ In : Carroll Chapman et Wu, « Substance Abuse among Individuals with Intellectual Disabilities », Research in Developmental Disabilities, vol. 33, 7/2012, p.1148

⁶ Remarque : Dans le DSM-V (version française sortie en 2015), la déficience intellectuelle borderline n'est plus considérée comme un trouble en soi mais bien comme un V-Code qui peut être utilisé si le fonctionnement du patient intellectuellement borderline est le point de l'attention clinique ou a un impact sur le traitement ou le pronostic. In : VanDerNagel et al., *ibid.*, 2016, pp.11-12

Nous voyons donc que la déficience intellectuelle remplit certains critères, notamment en termes de compétences sociales et intellectuelles, rendant la compréhension des enjeux en cours lors de l'usage de substances compliquée voire impossible (selon l'échelle dans laquelle se situe la personne). De plus, la déficience intellectuelle dite « borderline » est souvent difficile à détecter chez les personnes.

3. La vulnérabilité des personnes avec déficience intellectuelle

Les différentes études sur le sujet relèvent que les individus avec une déficience intellectuelle bien que moins nombreux en termes de prévalence à la consommation de substance par rapport à la population générale développeraient de plus grands risques de troubles de l'utilisation de substance. En effet, Didden (2017) a identifié les individus avec une déficience intellectuelle entre borderline et moyenne (DIMB), comme un groupe à risque au niveau des conséquences négatives de l'usage ou l'abus de substances comme le tabac, l'alcool, le cannabis et d'autres drogues.

Par exemple, les conséquences comportementales associées à la consommation problématique de substances pour cette population comprennent *une augmentation de la prise de risque, des sautes d'humeur, de l'agressivité, de la violence, de la vulnérabilité à l'exploitation et des problèmes dans les relations*. (Didden et al., 2009 citing Tenneij & Koot, 2007, McGillivray & Moore, 2001; Taggart et al., 2006 ; In : Chapman et al., 2012). Dans leur étude, To et al. (2014, p.5) soulignent différentes conséquences de l'usage ou de l'abus de substances chez les personnes en situation de DI. Ils nous mentionnent des changements d'humeur, agressions verbales et physiques, des conflits avec le partenaire ou la famille, des conflits avec les soignants, des problèmes avec la police ou des comportements offensants, et des idées/pensées suicidaires. Ils n'ont cependant noté aucune différence significative entre les consommateurs et les mésutilisateurs quant aux effets des substances sur leur comportement, à l'exception des changements d'humeur, des idées et pensées suicidaires. Les personnes en situation de DI et présentant un TUS étaient plus susceptibles d'avoir des changements d'humeur imprévisibles que les personnes sans TUS. Les idées et les pensées suicidaires étaient également plus fréquentes dans ce groupe.

Les élèves présentant une DI sont plus vulnérables (Degenhardt 2000, Slayter 2008) aux problèmes liés à la toxicomanie en raison de variables intra personnelles et interpersonnelles (Taggart et al., 2008) comparativement aux élèves sans DI, or, la

prévention et le traitement pour l'abus de substances chez les étudiants avec DI sont très rares (Cosden, 2001, In : Kiewik et al., 2016, p.192). Il n'y a donc pas de suivis et ni de traitements adaptés à la population spécifique des personnes avec déficience intellectuelle. De plus, les effets des consommations problématiques de substances ont des conséquences psychologiques négatives plus grandes sur les personnes avec DI, peuvent mener à des problèmes familiaux, des difficultés sociales (diminution de la performance à l'école/travail, perte de liens sociaux, arrestations pour conduite sous l'effet de substances psychoactives, admissions en hôpitaux psychiatriques). (Burgard et al., 2000, p.295).

Les personnes avec une DI font face à de plus sévères conséquences sociales, mentales et physiques lors de problèmes relatifs à l'usage de substances que les membres d'autres groupes (Chapmann et al., 2012, p.1154). Les chercheurs appuient sur le fait que le phénomène est sous-étudié, et que des études longitudinales devraient être effectuées pour mieux comprendre l'usage de substance chez les personnes avec DI.

4. L'environnement social comme facteur important

Les facteurs de l'environnement social influencent énormément la consommation de substance chez les personnes présentant une DI. En effet, la pression sociale (particulièrement ceux qui vivent avec une DI moyenne, vivant avec un fumeur ou dans un résidentiel moins restrictif), les hommes, la pauvreté, des pratiques de gestion de l'enfant moins punitive, et le niveau de stress psychosocial du "tuteur" de la personne avec DI, tous ces facteurs ont un poids dans la consommation de substances psychoactives. Des facteurs additionnels suggèrent une augmentation de la consommation lorsqu'il y a un désir de s'adapter ou d'augmenter son inclusion sociale et vaincre la solitude, la stigmatisation, et la limitation des compétences sociales. (Chapman et al., 2012, p.1151)

De plus, les étudiants avec DI sont plus sensibles à la pression des pairs, moins équipés face à des situations à haut stress, et font preuve de comportements d'autorégulation inadéquats. (Kiewik et al., 2016, p.192)

A l'aide d'une variété de techniques de recherches, les chercheurs ont montré que les individus avec DIMB ne s'abstiennent pas de consommer des substances psychoactives, mais sont en fait un groupe à risque accru de TUS. (VanDerNagel et al., 2016, p.103).

Au vu de ces différentes études, nous pouvons alors affirmer, que les personnes avec DIMB sont un groupe à risque en termes de consommations de substances, et que les prises en charges nécessiteraient une adaptation spécifique à leur situation.

5. Différents problèmes soulevés dans les services prenant en charge des questions de handicap ou d'addictions

Dans de nombreuses institutions pour personnes avec DI, si ce n'est dans la plupart, un manque de dépistage et d'évaluation des troubles de l'utilisation de substances (TUS) s'opère, et les professionnel-le-s se fient principalement à leur jugement clinique au sujet des TUS, bien qu'ils indiquent manquer de compétences et de connaissances pour le faire (McLaughlin, Taggart, Quinn, & Milligan, 2007 ; VanDerNagel, Kiewik, Buitelaar, et al., 2011, in : Van Duijvenbode et al., 2015). Or, leurs jugements se révèlent être peu fiables (Connors&Maisto, 2003 ; Wilson, Sherritt, Gates, & Knight, 2004.) Par exemple, les rapports par procuration tels que ceux des professionnel-le-s sous-estiment généralement les usages de substances des clients (Wilson et al., 2004). En outre, en raison de l'absence de dépistage systématique, l'attention des professionnel-le-s est surtout attirée sur les cas les plus graves, sans tenir compte des cas les moins avancés et en ratant des occasions d'intervenir à un stade précoce. (VanDerNagel et al., 2015, p.321). De plus, le manque de connaissance des professionnels dans le milieu du déficit intellectuel dans la prise en charge des troubles de l'usage de substances, fait que « *souvent, les signes et les symptômes de l'usage de substances sont attribués à d'autres facteurs comme par exemple à des conditions physiques ou psychiatriques* ». (VanDerNagel, 2016, p.10).

Vries & Kiewik (2018, p.34) soulèvent différents problèmes : *Premièrement, ce groupe [les personnes avec déficience intellectuelle] se voit souvent refuser l'accès à toute la gamme des services disponibles, y compris la prévention, l'intervention (précoce) et le suivi postcure. Deuxièmement, lorsque des personnes présentant une DI sont admises à un traitement de désintoxication, elles sont souvent incapables de bénéficier des interventions courantes en raison de leur vocabulaire limité, du faible développement de la fonction mémoire et des difficultés à faire la distinction entre les informations pertinentes et non pertinentes. Ils éprouvent des problèmes de planification et d'attention, ont un raisonnement abstrait déficient et une faible perception de soi.*

L'une des lacunes dans la littérature qui a été identifiée par Didden et al., (2016), Van Duijvenbode et al., (2015) et VanDerNagel et al., (2016) est le manque d'instruments adaptés aux besoins et caractéristiques des individus avec DIMB avec lesquels l'usage de substances peut être évalué. (In : Didden, 2017, p.97). En effet, les interventions sont souvent trop courtes et ne tiennent pas compte de la nature complexe des TUS chez les personnes en situation de DI. Presque aucun nouvel aperçu n'a été présenté entre 1980 et 2015. (Vries & Kiewik, 2018, p.23). De plus, près de 80 % des services ont indiqué qu'ils avaient une expertise insuffisante (VanDerNagel, Kiewik, Buitelaar et DeJong, 2011, in : Vries & Kiewik, 2018, p.34)

6. Amélioration à apporter

Déjà en 1999, une étude appuyait sur le fait qu'il y a un besoin de formation à la fois pour le personnel de la déficience intellectuelle dans la gestion des problèmes d'alcool et pour le personnel des services de toxicomanie dans le travail avec les personnes ayant une déficience intellectuelle (Clarke et Wilson, 1999, p.138). Or, 20 ans plus tard, rien n'a été mis en place en Suisse.

Didden et al. (2016) and Kerr et al. (2013) ont conduit des revues d'études sur les interventions pour réduire l'usage de substances chez les personnes avec DIMB. Ils concluent que les interventions – avec adaptations en communication, utilisation de stimuli illustré, et adaptation du nombre, du format et de la durée de sessions – pousse à éduquer les clients sur les effets indésirables et les risques de l'usage de substances, et peut améliorer leurs connaissances sur les substances. (Didden et al., 2017, p.97)

Kerr et al. (2013) suggèrent qu'avec des adaptations mineures de la communication, les interventions basées sur les techniques d'entretien motivationnel pour les individus avec DI peuvent être appliquées et semble être effective dans l'accroissement de la motivation pour ces individus-ci à entrer ou adhérer à un traitement (voir également Friedlink et Embregts, 2013). Deuxièmement, il y a des preuves qu'éduquer les clients avec DI sur les effets néfastes et les risques de la consommation de substances améliore leurs connaissances relatives aux substances. (Van Duijvenbode et al., 2015, p.321)

Pour faciliter le repérage précoce, une étude nous propose quatre champs d'enquête et quatre domaines de préoccupation en matière de politiques et de pratiques :

1. *il est recommandé que l'usage de substances devienne un sujet de conversation courant avec les clients et qu'elle soit débarrassée d'une possible stigmatisation.*
2. *les membres du personnel doivent être informés des mécanismes sous-jacents des troubles de l'usage de substances et des points de vue contemporains et doivent être formés pour accroître leurs compétences en matière de reconnaissance des signes de TUS, de prise en charge de leurs clients sujet à des TUS et de motivation à suivre un traitement dans le cas des TUS (voir aussi Moore et Lorber, 2004).*
3. *il est conseillé aux fournisseurs de services de procéder à un dépistage systématique des TUS. Cela ne devrait pas se limiter aux clients à risque de développer des TUS ou aux clients soupçonnés d'en être atteints, mais plutôt être mis en œuvre dans la procédure de diagnostic de routine appliquée à tous les clients présentant une DI légère à borderline.*
4. *la recherche devrait être axée sur l'élaboration et la mise en œuvre d'instruments de dépistage de la comorbidité à la fois physique, psychiatrique et psychosociale, adaptés aux besoins des personnes présentant une DI. Ces instruments devraient ensuite être mis en œuvre dans le processus de diagnostic de routine.*
(VanDerNagel, 2016, p.29)

Nonobstant le rôle du choix personnel (Slayter, 2007), travailler sur les connaissances et contrer les attitudes positives à l'égard de la consommation d'alcool et d'autres substances pourrait être une voie intéressante à explorer pour prévenir le début ou pour la diminution de la consommation réelle (Kiewik et al., 2016), et peut être le développement ou l'exacerbation des problèmes liés à la consommation. De plus, il est essentiel que les praticiens discutent quotidiennement de la consommation d'alcool et d'autres drogues de façon ouverte et non conflictuelle et se concentrent sur les besoins, les vulnérabilités et les choix des individus (To et al., 2014 ; VanDerNagel et al., 2013, In : Swerts et al., 2017, p.10)

Enfin, Vries et Kiewik (2018 ; p.36) nous disent que la collaboration entre les professionnels des deux services (soit déficience intellectuelle et toxicodépendance) est nécessaire (Slayter & Steenrod, 2009 ; Slayter, 2010b) pour assurer l'accès à ces services spéciaux et aux programmes de traitement adaptés et l'utilisation d'approches thérapeutiques intégrées des deux services (VanDuijvenbode et al., 2015 ; Slayter, 2010c) et d'autres services importants (Westermeyer et al., 1996). A ce sujet, nous disent-ils, To

et al. (2014) ont proposé une approche individualisée qui favorise une meilleure collaboration intersectorielle entre les services.

7. Conclusion

De plus en plus d'études se penchent sur la question des consommations problématiques chez les personnes en situation de déficience intellectuelle, or la thématique reste peu abordée, et les professionnels restent peu formés à ces questions particulières.

Comme nous avons pu le voir, les chercheurs nous montrent que la population DIMB est une population qui consomment une variété de substances (légales et illégales). Bien que moins nombreux en comparaison à la population générale en termes de prévalence à la consommation, ceux-ci présentent beaucoup plus de risques de développer des troubles de l'usage de substances. Les conséquences de ces troubles comprennent une augmentation de la prise de risque, des sautes d'humeur, de l'agressivité, de la violence, de la vulnérabilité à l'exploitation et des problèmes dans les relations. De plus, nous disent les auteurs, les professionnel-le-s des différents milieux (handicap et addiction) ne sont pas formés à repérer les consommations problématiques (champ du handicap) et inversement ne sont pas formés à repérer une déficience intellectuelle (champ des addictions), ne permettant pas d'adapter la prise en charge aux besoins des patient-e-s. De plus, le manque d'outils relevés par les chercheurs, le manque de formation, le manque de connaissance quant à ces questions-ci dans ces deux milieux prêterent ces personnes en situation de vulnérabilité. Comme vu précédemment, une équipe de chercheurs aux Pays-Bas à développer des outils afin de prendre en charge et de pouvoir repérer, accompagner, et réduire les risques auprès des personnes en situation de déficience intellectuelle et en prise avec des consommations.

Il est donc relevant, après cette revue de littérature que tout un pan n'a encore été que peu étudié, que des recommandations existent sur ces questions-ci, que des outils ont été développés, et que nous pouvons donc dès lors investir ce champ de recherche afin qu'il y ait une collaboration entre les entités du handicap et les entités des addictions, afin que ces personnes puissent bénéficier, comme tout un chacun, de prises en charge adéquates et adaptées à leur propre vulnérabilité.

8. Bibliographie

- Burgard, Jesse F., Brad Donohue, Nathan H. Azrin, et Gordon Teichner. « Prevalence and Treatment of Substance Abuse in the Mentally Retarded Population: An Empirical Review ». *Journal of Psychoactive Drugs* 32, n° 3 (septembre 2000): 293-98. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400452>.
- Carroll Chapman, Shawna L., et Li-Tzy Wu. « Substance Abuse among Individuals with Intellectual Disabilities ». *Research in Developmental Disabilities* 33, n° 4 (juillet 2012): 1147-56. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.009>.
- Clarke, J. J., et D. N. Wilson. « Alcohol Problems and Intellectual Disability: Alcohol Problems ». *Journal of Intellectual Disability Research* 43, n° 2 (avril 1999): 135-39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.00200.x>.
- Didden, Robert. « Substance Use and Abuse in Individuals with Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning: An Introduction to the Special Section ». *Research in Developmental Disabilities* 63 (avril 2017): 95-98. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.02.001>.
- Duijvenbode, Neomi van, Joanneke E.L. VanDerNagel, Robert Didden, Rutger C.M.E. Engels, Jan K. Buitelaar, Marion Kiewik, et Cor A.J. de Jong. « Substance Use Disorders in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability: Current Status and Future Directions ». *Research in Developmental Disabilities* 38 (mars 2015): 319-28. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.029>.
- Emerson, Eric, et Lorraine Turnbull. « Self-Reported Smoking and Alcohol Use among Adolescents with Intellectual Disabilities ». *Journal of Intellectual Disabilities* 9, n° 1 (mars 2005): 58-69. <https://doi.org/10.1177/1744629505049730>.
- Kiewik, M., J. E. L. VanDerNagel, L. E. M. Kemna, R. C. M. E. Engels, et C. A. J. DeJong. « Substance Use Prevention Program for Adolescents with Intellectual Disabilities on Special Education Schools: A Cluster Randomised Control Trial: Substance Use Prevention for Adolescents with Intellectual Disabilities ». *Journal of Intellectual Disability Research* 60, n° 3 (mars 2016): 191-200. <https://doi.org/10.1111/jir.12235>.
- Maclean Slayter, Elspeth. « Not Immune: Access to Substance Abuse Treatment Among Medicaid-Covered Youth With Mental Retardation ». *Journal of Disability Policy Studies* 20, n° 4 (mars 2010): 195-204. <https://doi.org/10.1177/1044207309341373>.
- McGillicuddy, Neil B. « A Review of Substance Use Research among Those with Mental Retardation ». *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 12, n° 1 (janvier 2006): 41-47. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20092>.
- Nagel, Joanneke van der. « Is It Just the Tip of the Iceberg?: Substance Use and Misuse in Individuals with Intellectual Disability (SumID) ». [Uitgever niet vastgesteld], 2016. Pacoricona Alfaró, Dibia Liz, Virginie Ehlinger, Stanislas Spilka, Jim Ross, Mariane Sentenac, et Emmanuelle Godeau. « Alcohol, Tobacco and Cannabis Use: Do Students with Mild-Intellectual Disability Mimic Students in the General Population? » *Research in Developmental Disabilities* 63 (avril 2017): 118-31. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.009>.
- Ramos, M., L. Boada, C. Moreno, C. Llorente, J. Romo, et M. Parellada. « Attitude and Risk of Substance Use in Adolescents Diagnosed with Asperger Syndrome ». *Drug and*

- Alcohol Dependence* 133, no 2 (décembre 2013): 535-40.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.022>.
- Salavert, J., A. Clarabuch, M. J. Fernández-Gómez, V. Barrau, M. P. Giráldez, et J. Borràs. « Substance Use Disorders in Patients with Intellectual Disability Admitted to Psychiatric Hospitalisation: SUD in Patients with ID in a Psychiatric Unit ». *Journal of Intellectual Disability Research* 62, no 11 (novembre 2018): 923-30.
<https://doi.org/10.1111/jir.12514>.
- Swerts, Chris, Stijn Vandevælde, Joanneke E.L. VanDerNagel, Wouter Vanderplasschen, Claudia Claes, et Jessica De Maeyer. « Substance Use among Individuals with Intellectual Disabilities Living Independently in Flanders ». *Research in Developmental Disabilities* 63 (avril 2017): 107-17.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.019>.
- To, Wing Ting, Soetkin Neiryck, Wouter Vanderplasschen, Stijn Vanheule, et Stijn Vandevælde. « Substance Use and Misuse in Persons with Intellectual Disabilities (ID): Results of a Survey in ID and Addiction Services in Flanders ». *Research in Developmental Disabilities* 35, no 1 (janvier 2014): 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.015>.
- VanDerNagel, Joanneke E.L., Marion Kiewik, Marike van Dijk, Robert Didden, Hubert P.L.M. Korzilius, Job van der Palen, Jan K. Buitelaar, Donald R.A. Uges, Remco A. Koster, et Cor A.J. de Jong. « Substance Use in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability: A Comparison between Self-Report, Collateral-Report and Biomarker Analysis ». *Research in Developmental Disabilities* 63 (avril 2017): 151-59. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.04.006>.
- Vries, Marion Kiewik-de. « Prevention and Intervention of Substance Use and Misuse among Persons with Intellectual Disabilities », s. d., 2018, 156.