



emcdda.europa.eu

Co-morbidity

EMCDDA 2004 selected issue

In EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Question particulière n° 3

Comorbidité

Introduction

La cooccurrence d'une maladie psychiatrique et de troubles dus à l'usage de substances, communément appelée comorbidité ou double diagnostic, n'est pas un phénomène nouveau. Toutefois, ces dernières années, cette question a gagné du terrain dans le débat politique et professionnel et il est devenu manifeste qu'un grand nombre de personnes, probablement en augmentation, sont touchées par ce phénomène. Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur la coexistence des troubles psychiatriques et de la personnalité avec la consommation de drogues illicites. En fait, il est souvent approprié de parler de multimorbidité, étant donné que les individus touchés souffrent souvent également de maladies somatiques, par exemple de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le virus de l'hépatite C, et connaissent des difficultés sociales, tels que des problèmes familiaux, le chômage, l'incarcération ou l'absence de domicile fixe. Les services de soins et de traitement sont généralement mal équipés pour gérer le diagnostic et les besoins de cette catégorie de patients en matière de traitement, et n'en tiennent pas compte et/ou sont incapables de faire face à l'ensemble des problèmes des patients. Il en résulte souvent une situation de «chassé-croisé» dans laquelle les personnes qui ont un grand besoin de traitement sont orientées de service en service pendant que leur situation se détériore de plus en plus.

Il convient de noter que la relation particulière existant entre l'usage du cannabis et les troubles psychiatriques est analysée de manière plus approfondie dans la question particulière concernant le cannabis (p. 82).

Définition

La comorbidité, ou double diagnostic, est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la «cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique» (OMS, 1995). Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), une personne ayant un double diagnostic est une «personne qui a été diagnostiquée comme présentant un abus d'alcool ou de drogue en plus d'un autre diagnostic, habituellement de nature psychiatrique, par exemple un trouble de l'humeur, une schizophrénie» (ONUDC, 2000). En d'autres termes, la comorbidité dans ce contexte fait référence à la coexistence

temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité, dont l'un est la consommation problématique de drogue.

Étiologie

La tentative de détermination de l'étiologie de la comorbidité aboutit à la question de savoir qui de la poule ou de l'œuf est venu en premier. Les recherches existantes sur les relations causales entre les troubles psychiatriques et ceux qui sont dus à des substances ne sont pas concluantes. Les symptômes des troubles mentaux et les problèmes de toxicomanie interagissent et s'influencent mutuellement.

D'après les recherches, les troubles psychiatriques et de la personnalité surviennent habituellement avant les troubles dus à la consommation de substances, c'est-à-dire qu'ils augmentent la prédisposition des sujets à ces problèmes (par exemple, Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003); toutefois, les troubles psychiatriques peuvent également être aggravés par la consommation de drogue (par exemple dans le cas de la dépression: McIntosh et Ritson, 2001) ou survenir en parallèle.

La consommation de drogue peut également être perçue comme une composante ou un symptôme d'un trouble psychiatrique ou de la personnalité et comme une tentative d'automédication (par exemple, Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Le fait que la consommation de substances atténue les symptômes de détresse encourage le développement d'une toxicomanie. Une fois que la consommation de drogue est interrompue, par exemple lors d'un sevrage ou d'un traitement de substitution, les symptômes peuvent réapparaître. Les psychoses aiguës d'origine médicamenteuse surviennent particulièrement chez les consommateurs de cocaïne, d'amphétamines et d'hallucinogènes et s'atténuent en général relativement rapidement. Toutefois, il peut être très difficile de faire la distinction entre les symptômes dus à une intoxication causée par une drogue et les épisodes psychotiques qui ne sont pas en rapport.

Krausz (1996) propose quatre catégories de double diagnostic:

- un premier diagnostic de maladie mentale avec un (double) diagnostic ultérieur d'abus de substance ayant un effet néfaste sur la santé mentale;

- un premier diagnostic de dépendance à une drogue avec des complications psychiatriques menant à une maladie mentale;
- des diagnostics concomitants d'abus de substance et de troubles psychiatriques;
- un double diagnostic d'abus de substance et de troubles de l'humeur qui résultent tous deux d'une expérience traumatique sous-jacente, par exemple une névrose posttraumatique.

De même, le rapport national suédois établit une distinction entre les patients psychiatriques souffrant de comorbidité et les patients dépendants d'une drogue souffrant de troubles de la personnalité aggravés par l'usage de drogue et qui ne sont pas toujours bien diagnostiqués.

Morel (1999) distingue d'une part les troubles psychiatriques non spécifiques observés chez les toxicomanes, et d'autre part les complications spécifiquement liées à la consommation de drogue. Les troubles souvent retrouvés chez les usagers de drogue sont les suivants:

- troubles de l'anxiété/dépression;
- troubles du sommeil résultant de dépression, de troubles de l'anxiété ou de psychose;
- comportement agressif et violent, indiquant des troubles de la personnalité de type asocial, psychopathe, schizophrène ou paranoïaque.

Les problèmes spécifiquement liés à la consommation de drogue comprennent:

- des pharmaco-psychoses provoquées par des drogues hallucinogènes ou des amphétamines;
- des syndromes de confusion.

De récentes études neuropsychologiques et neurobiologiques et le progrès des techniques de visualisation des processus cérébraux ont permis d'émettre des hypothèses sur les interactions entre le trauma mental et physique, le développement cérébral, les effets de la drogue, le stress et le développement mental. Le système de récompense est essentiel dans le développement de la toxicomanie, et celle-ci est liée à des changements structurels et à l'adaptation du cerveau aux niveaux micro et macro (Nestler, 2001).

D'autres théories associent des drogues particulières à des troubles mentaux spécifiques. Par exemple, on a postulé que l'héroïne pouvait réduire le stress, soulager la douleur et supprimer le ton menaçant chez les patients schizophrènes et à la limite de la schizophrénie; toutefois, les patients souffrant de maladies mentales graves ne consomment pas d'héroïne. On a émis l'hypothèse que la cocaïne pouvait atténuer les états dépressifs, entraîner une désinhibition du comportement et permettre aux personnalités narcissiques

d'exprimer de la grandiloquence. Le cannabis pourrait soulager les tensions et l'ecstasy atténuer les inhibitions sociales (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Le rapport national irlandais 2002 examinait particulièrement la dépression chez les usagers de drogue, en se fondant sur les résultats de plusieurs études; or, il a conclu qu'il existait une relation étroite entre la consommation problématique de drogue, en particulier l'usage des opiacés et des benzodiazépines, et un fort taux de dépression. Les Allemands ont effectué des recherches au niveau de la relation entre les troubles engendrés par ces substances, la dépression et le suicide et en ont conclu que le risque de suicide est fortement augmenté chez ceux qui souffrent d'un trouble dépressif (Bronisch et Wittchen, 1998). Il est possible que certaines personnes souffrant de dépression aient recours à l'automédication par les opiacés et les benzodiazépines: les patients participant aux programmes de traitement présentent des taux de dépression inférieurs à ceux des patients des services à bas seuil (Rooney et al., 1999) ou en début de traitement (McIntosh et Ritson, 2001).

Une enquête menée en Norvège ($n = 2\,359$) a révélé qu'une forte proportion d'usagers de drogue avaient connu de graves difficultés familiales pendant leur enfance et leur adolescence. Soixante-dix pour cent d'entre eux avaient eu des problèmes d'apprentissage et de comportement à l'école, 38 % avaient subi des brimades et 21 % avaient subi un traitement psychiatrique pendant leur enfance et leur adolescence (Lauritzen et al., 1997). Les consommatrices de drogue présentant une comorbidité psychiatrique ont souvent été victimes d'abus sexuels traumatiques (Beutel, 1999, par exemple).

Diagnostic

L'évaluation de routine des troubles psychiatriques et de la personnalité ne fait pas toujours partie des procédures normalisées de diagnostic effectuées au début du traitement dans les services de toxicomanie. Sauf dans quelques services particulièrement informés et/ou spécialisés, les symptômes et les troubles mentaux sont rarement analysés dans les services de traitement de la toxicomanie.

Dans tous les cas, il est reconnu que la comorbidité est difficile à diagnostiquer. La toxicomanie et le comportement perturbateur qu'elle provoque dominent souvent le tableau clinique et masquent les symptômes psychiatriques. En outre, l'abus de substances peut provoquer des symptômes psychiatriques que l'on distingue difficilement de ceux des troubles psychiatriques (Berthel, 2003), tandis que l'état de manque ou l'intoxication aiguë peut également imiter presque tous ces troubles (Liappas, 2001). Par ailleurs, la dépression et l'anxiété peuvent être considérées comme des symptômes inhérents au cycle intoxication/état de

manque; les symptômes qui étaient atténués par les drogues se manifestent au cours du traitement d'abstinence ou de substitution.

Les progrès méthodologiques ont également amélioré le diagnostic des troubles psychiatriques, comme celui des troubles dus à la toxicomanie. On dispose aujourd'hui d'un large éventail d'instruments normalisés et validés pour mesurer les symptômes psychiatriques et les troubles de la personnalité, et également de divers instruments pour évaluer le niveau des modèles de consommation de drogue et de toxicomanie. L'Addiction Severity Index (ASI) (indice de gravité d'une toxicomanie, IGT dans son adaptation française) est un instrument polyvalent qui peut être utilisé pour le diagnostic, la planification du traitement et le suivi, ainsi que les travaux de recherche. L'ASI a l'avantage d'être multidimensionnel, mesurant les problèmes antérieurs et actuels dans sept domaines: l'état de santé, l'emploi et les ressources propres, la consommation d'alcool, la consommation de drogue, la situation légale, les relations familiales et sociales et les symptômes psychiatriques (Krausz, 1999a; Öjehagen et Schaar, 2003). Il est normalisé et a été traduit de l'anglais dans la plupart des autres langues européennes (EuroAsi) ⁽¹⁷²⁾. L'institut Trimbos a développé et testé des protocoles pour le diagnostic et le traitement des toxicomanes présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (ADHD) (Eland et Van de Grint, 2001).

Prévalence

De nombreuses études ont été menées pour mesurer la prévalence des troubles psychiatriques et de la personnalité et les modèles de consommation de drogue dans la population générale ainsi que chez les patients en psychiatrie et les usagers de drogue au sein des services de traitement et à l'extérieur. Les résultats, à la fois en termes de chiffres et de diagnostics, varient considérablement selon la disponibilité et la sélection de la population, les méthodes d'échantillonnage, les qualifications et les compétences en matière de diagnostic, la validité et la fiabilité des instruments de diagnostic utilisés et la période d'étude.

Dans une revue des différentes études, Uchtenhagen et Zeiglgänsberger (2000) ont conclu que le diagnostic psychiatrique le plus fréquent chez les usagers de drogue était le trouble de la personnalité, affectant entre 50 et 90 % d'entre eux, devant le trouble de l'humeur (20 à 60 %) et les troubles psychotiques (20 %). Entre 10 et 50 % des patients présentent plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité en comorbidité.

Dans une revue d'études internationales portant sur la psychopathologie des sujets pharmacodépendants, Fridell (1991, 1996) a décrit un tableau clinique de comorbidité en toxicomanie qui a été confirmé par ses propres études à Lund, en Suède. Trois grands groupes de troubles ont pu

être identifiés: les troubles de la personnalité (65 à 85 %), la dépression et les états d'anxiété (30 à 50 %) et les psychoses (15 %). Verheul (2001), dans sa synthèse de six études portant sur des toxicomanes sous traitement, a révélé que les troubles du comportement (23 %), borderline (état limite) (18 %) et paranoïaque (10 %) étaient particulièrement prévalents.

Beaucoup de professionnels de la toxicomanie pensent que la prévalence de la dépendance à la drogue associée aux troubles mentaux est en augmentation, bien que certains arguent que ce fait est dû à une plus grande connaissance de ce sujet et/ou à des évolutions en matière de diagnostic et de classement des maladies psychiatriques, et/ou encore à la restructuration des systèmes de soins de santé. En Finlande, selon le registre hospitalier des sorties, le nombre de périodes de traitement concernant des troubles mentaux simultanés liés à la drogue et sans rapport avec les substances a augmenté, passant de 441 en 1987 à 2 130 en 2001. Les périodes de traitement pour consommation d'opiacés associée à des troubles psychiatriques ont triplé depuis 1996. Cette augmentation correspond à celle de la consommation de drogue, bien qu'aucune causalité directe ne soit suggérée. En Irlande, le nombre de premières admissions d'usagers de drogue dans des services d'hospitalisation psychiatrique a presque été multiplié par quatre entre 1990 et 2001.

Le rapport national espagnol note que l'augmentation de la comorbidité qui a été observée est peut-être due en partie à une augmentation de la dépendance aux psychostimulants.

Prévalence de la comorbidité dans les lieux de traitement

Le tableau 7 décrit quelques études de comorbidité dans différents lieux de traitement de la toxicomanie et de soins psychiatriques dans les États membres, telles qu'elles sont présentées dans les rapports nationaux. Les données concernant les troubles dus aux drogues dans les centres psychiatriques ne sont pas aussi disponibles que les données sur les troubles psychiatriques dans les lieux de traitement de la toxicomanie. Bien que les études présentées dans cette revue ne soient pas comparables, elles donnent une indication de la situation dans les pays de l'EU. Il existe des différences considérables dans les populations étudiées, les critères de diagnostic sélectionnés, les instruments utilisés et la date du diagnostic. Pour les raisons évoquées ci-dessus, le sous-diagnostic peut se produire dans de nombreux cas.

Une étude comparative menée en Grèce et en France a conclu que même si les taux globaux de psychopathologie chez les usagers d'opiacés sous traitement étaient assez similaires dans les deux pays, les types psychopathologiques variaient: la prévalence des troubles de l'humeur était plus élevée chez les usagers de drogue

⁽¹⁷²⁾ Voir la banque de données de l'OEDT sur les instruments d'évaluation: Evaluation Instrument Bank (<http://eib.emcdda.eu.int/>).

Tableau 7 — Prévalence de la comorbidité dans les lieux de traitement de divers pays de l'UE

Pays	Lieu de traitement	Population	N	Prévalence de la comorbidité (%)	Diagnostics	Source
Belgique	Hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques dans hôpitaux généraux	Admissions pour toxicomanie (1996-1999)	18 920	86	Schizoïde, paranoïaque, schizotypique: 86 % Dépression: 50 % Troubles de la personnalité: 43 %	Base de données d'informations psychiatriques minimales (1)
République tchèque	Communautés thérapeutiques	Patients en hébergement (2001-02)	200	35	Troubles de la personnalité: 14 % Dépression: 7 % Troubles névrotiques: 6 % Troubles de l'alimentation: 5 %	Rapport national tchèque (1)
Allemagne	Centres de traitement	Opiomanes	272	55	Troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes: 43 % Troubles de l'humeur: 32 % Phobies: 32 % Épisodes dépressifs: 16 %	Krausz (1999, b) (1)
Grèce	Prison et services de traitement	Hommes opiomanes	176	86	Angoisse: 32 % Troubles de l'humeur: 25 % Schizophrénie: 6 %	Kokkevi et Stefanis (1995) (1)
Espagne	Service de traitement par la méthadone	Opiomanes	150	n.c.	État limite: 7 % Troubles du comportement: 6 % Phobie sociale: 6 % Dépression: 5 %	Rapport national espagnol (1)
France	Service de traitement par la méthadone	Opiomanes	3 936	n.c.	Angoisse: 4 % Dépression: 3 % Troubles du comportement: 3 % Troubles de l'alimentation: 2 %	Facy (1999) (1)
Irlande	Services d'hospitalisation psychiatrique intensifs	Premières admissions sur diagnostic de toxicomanie (1996-2001)	1 874	26	Dépression: 21 % Schizophrénie et autres psychoses: 11 % Trouble de la personnalité: 19 %	Système de signalement national d'hospitalisations psychiatriques (1)
Italie	Services de santé mentale	Usagers de drogue chroniques	58	> 22	Troubles de l'humeur: 22 % Angoisse: 21 % Schizophrénie: 16 %	Silicini et al. (2002) (1)
Luxembourg	Services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie	Patients ayant eu des contacts antérieurs avec les services psychiatriques, à l'exclusion de la désintoxication (1996-2002)	380	32	n.c.	AST/RELIS (2002) (1)
Pays-Bas	Population néerlandaise	Toxicomanes âgés de 18 à 64 ans (1996)	n.c.	n.c.	Dépression: 29 % Phobie sociale: 29 % Trouble bipolaire: 24 % Dysthymie: 22 %	Ravelli et al. (1998) (1)
Autriche	Différents services de traitement (revue)	Patients toxicomanes	n.c.	41-96	Troubles de la personnalité, troubles du comportement, borderline, narcissisme	Rapport national autrichien (1)
Portugal	Centre de traitement CAT de Xabregas	Patients toxicomanes	596	> 73	Troubles obsessionnels compulsifs: 73 % Dépression: 72 % Somatisation: 60 % Idéation paranoïaque: 58 %	Rapport national portugais (1)
Finlande	Hôpitaux	Périodes de traitement en hôpital liées à la drogue	2 189	29	Idéation paranoïde: 58 % Troubles psychotiques: 32 % Troubles de l'humeur: 28 % Troubles névrotiques: 10 % Troubles de la personnalité: 29 %	Registre hospitalier de sortie des patients
Suède	Hôpital universitaire, Lund	Patients en service de désintoxication (1977-1995)	1 052	83	Troubles du comportement: 23 % Toutes psychoses: 14 % Trouble dépressif: 11 %	Fridell (1996) (1)
Royaume-Uni	Services de traitement de la toxicomanie en communauté et en hébergement	Patients toxicomanes, 90 % d'opiomanes	1 075	> 33	Psychose Angoisse Dépression Paranoïa	Marsden et al. (2000) (1)

(1) Pour plus de détails sur cette étude, consulter la version en ligne du rapport annuel dans le tableau 12 EL: Tableaux sur la comorbidité par pays.
 NB: Les données dans ce tableau se réfèrent à différentes périodes de temps (par exemple diagnostics sur la durée totale de la vie ou sur la dernière année).
 n.c.: données non communiquées (non disponibles).

français que chez les toxicomanes grecs (19 % contre 7 %), tandis que les types de personnalité antisociale étaient plus prévalents dans l'échantillon grec (20 % contre 7 %). Les auteurs ont attribué ces différences à la prévalence plus faible de la consommation de drogue en Grèce: «Plus le comportement socialement inacceptable est limité dans son étendue, plus les personnes socialement déviantes risquent d'y participer» (Kokkevi et Facy, 1995).

Une étude norvégienne a examiné les différences hommes/femmes entre des polytoxicomanes (dont 85 % étaient des consommateurs d'héroïne) et des alcooliques purs. L'échantillon comprenait une très forte proportion de sujets présentant des troubles psychiatriques et de la personnalité (93 %). Globalement, les femmes affichaient un niveau beaucoup plus élevé de dépression majeure, de phobie simple et de troubles de la personnalité borderline que les hommes. La cooccurrence d'un trouble du comportement était la plus élevée chez les hommes polytoxicomanes (Landheim et al., 2003).

Prévalence — prisons et traitement obligatoire

La population carcérale mérite une attention particulière. La prévalence des troubles psychiatriques, comme celle de la consommation de drogue, est beaucoup plus élevée parmi la population carcérale que dans l'ensemble de la population. D'après les données de l'Irlande, 48 % des détenus et 75 % des détenues souffrent de perturbations mentales, tandis que 72 % des hommes et 83 % des femmes incarcérés déclarent avoir déjà consommé de la drogue au cours de leur vie (Hannon et al., 2000). En 1999, 23 % des usagers de drogue à problème détenus dans le centre de détention de la police de Vienne souffraient de troubles psychiatriques (Dialog, 2000). Le taux de rechute chez les usagers de drogue ayant purgé des peines de prison est élevé, et on reconnaît de plus en plus que l'incarcération peut contribuer à une aggravation des problèmes de santé mentale. La situation est encore plus dramatique dans les prisons de longue durée et de haute sécurité.

En Suède, on a découvert que 72 à 84 % des adultes sous traitement obligatoire de la toxicomanie souffraient de troubles psychiatriques outre l'abus de substances (Gerdner, 2004). Sur 46 jeunes filles toxicomanes recevant des soins obligatoires destinés aux enfants et aux jeunes, les deux tiers présentaient un diagnostic psychiatrique ou des troubles de la personnalité (Jansson et Fridell, 2003).

Obstacles au traitement de la comorbidité

L'un des principaux obstacles au diagnostic et au traitement de la comorbidité est le fait que le personnel psychiatrique possède généralement peu de connaissances sur le traitement de la toxicomanie et que le personnel de traitement des toxicomanes connaît généralement peu la psychiatrie. Les paradigmes des deux spécialités sont très différents: l'un est fondé sur les disciplines de la médecine

et de la science, et l'autre sur des méthodes et des théories psychosociales. En outre, habituellement, la philosophie des services de santé mentale se préoccupe principalement de préserver la sécurité des personnes et du public, tandis que les services destinés aux toxicomanes attendent des patients un minimum de motivation pour participer au traitement. Ces points de départ différents font souvent obstacle à une perception globale et intégrée.

Comme il a été discuté ci-dessus, régulièrement, un grand nombre de patients présentant une comorbidité ne sont pas identifiés comme tels, ni par les services psychiatriques, ni par les équipes chargées de la toxicomanie. Lorsque les patients présentant un double diagnostic sont admis en traitement, leurs syndromes psychiatriques aigus sont souvent pris pour des symptômes provoqués par la drogue, ou inversement, les phénomènes de manque ou d'intoxication sont souvent mal interprétés et confondus avec une maladie psychiatrique. Trop souvent, le personnel de santé mentale est enclin à envoyer les personnes présentant une comorbidité en soins de toxicomanie et le personnel de traitement de la toxicomanie à les envoyer en soins de santé mentale — ou vice versa. La continuité des soins est impossible dans ces conditions. Même lorsque la comorbidité est diagnostiquée, souvent, elle n'est plus prise en compte dans les interventions de traitement ultérieures (Krausz et al., 1999). Il en est de même des patients présentant un diagnostic de toxicomanie dans une unité de soins psychiatriques, qui ne reçoivent pas, habituellement, d'interventions liées à l'abus de drogue (Weaver et al., 2003). Toutefois, ces généralisations n'empêchent pas que certains services psychiatriques et de toxicomanie obtiennent de très bons résultats avec les patients présentant une comorbidité.

Par ailleurs, lorsqu'ils sont identifiés, les usagers de drogue sont souvent reçus avec suspicion par les services psychiatriques, qui refusent parfois leur admission, comme cela peut survenir pour des usagers sous traitement de substitution dont l'état est stationnaire. En Espagne, par exemple, la plupart des services psychiatriques excluent les patients présentant des troubles liés à la toxicomanie et leur personnel ne possède pas de formation adéquate. Une étude auprès de psychothérapeutes autrichiens a révélé que seuls quelques-uns sont disposés à s'occuper de patients toxicomanes (Springer, 2003). D'après les rapports italiens, il n'existe pas de règles bien définies concernant l'orientation des patients des services de traitement de la toxicomanie vers les services de santé mentale, et on note des réticences au niveau des services de santé mentale en raison du manque d'expertise dans ce domaine. En Norvège, on signale qu'il est difficile d'envoyer en traitement psychiatrique un patient issu des services à bas seuil destinés aux toxicomanes.

En Grèce, 54 % des programmes de traitement de la toxicomanie n'admettent pas d'usagers de drogue présentant des troubles psychiatriques. Dans le cadre d'un traitement de sevrage avec hébergement en Slovaquie, et également dans d'autres pays, les programmes de

traitement exigent le sevrage du patient comme condition préalable à l'admission. Dans le cas de patients présentant un double diagnostic, cela présente un sérieux obstacle, étant donné que l'abstinence complète nécessiterait l'arrêt des autres traitements, ce qui n'est pas toujours possible.

Structures de traitement

La littérature internationale décrit trois modèles de service pour le traitement de la comorbidité:

- 1) *Le traitement séquentiel ou sériel.* Les troubles psychiatriques et dus à des drogues sont traités de manière consécutive et il y a peu de communication entre les services. Généralement, les patients reçoivent d'abord un traitement pour les troubles les plus graves, puis, une fois ce traitement achevé, ils sont traités pour les autres troubles. Cependant, ce modèle peut également mener à une «valse» des patients entre les différents services, dont aucun n'est en mesure de répondre à leurs besoins.
- 2) *Le traitement parallèle.* Le traitement de deux troubles différents est entrepris en même temps; il existe une collaboration entre les services chargés de la toxicomanie et ceux de santé mentale pour fournir les services de façon concomitante. Les deux types de besoin de traitement sont souvent satisfaits par le biais de démarches thérapeutiques différentes, et le modèle médical de la psychiatrie peut entrer en conflit avec l'orientation psychosociale des services chargés de la toxicomanie.
- 3) *Le traitement intégré.* Le traitement est dispensé au sein d'un service psychiatrique ou de toxicomanie, ou encore dans le cadre d'un programme ou d'un service spécialisé dans la comorbidité. La réorientation du patient vers d'autres organismes est évitée. Les traitements comprennent des interventions sur la motivation et le comportement, la prévention des rechutes, la pharmacothérapie et les approches sociales (Abdulrahim, 2001).

La réalité de la comorbidité dans l'UE, telle qu'elle est décrite dans les rapports nationaux, n'est pas facile à classer dans ces trois groupes. Le traitement intégré est considéré comme le modèle par excellence, mais c'est une norme difficile à atteindre. Les recherches sur ce thème proviennent généralement de pays non européens. Le projet national australien sur la comorbidité [Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003 (ministère de la santé et des personnes âgées)] a conclu, d'après une revue, que les approches de la gestion et des soins aux patients présentant une comorbidité n'avaient pas été étudiées de façon systématique, ni évaluées rigoureusement, en partie à cause de la difficulté d'étudier les personnes chez lesquelles coexistent une maladie mentale et un trouble dû à un abus de substances, en raison, entre autres facteurs, de leur mode de vie irrégulier. Une autre revue a conclu que les faits tendent à prouver que le traitement intégré pour les personnes présentant un double diagnostic est bénéfique à

la fois pour la santé mentale et en termes d'impact sur la consommation de drogue (Drake et al., 1998). Seule une étude a comparé les démarches intégrées et le traitement parallèle, sans trouver de différence significative, et aucune étude n'a comparé les approches intégrées et séquentielles.

Traitement séquentiel

Certains experts, par exemple au Danemark (Andreason, 2002), au Royaume-Uni (Department of Health, 2002a) et en Norvège (Sosial- og helsedepartementet, 1999), estiment que les services de traitement, du moins pour les personnes souffrant de maladie mentale grave associée à une toxicomanie, devraient se trouver en milieu psychiatrique, éventuellement avec la participation de thérapeutes extérieurs spécialisés dans la toxicomanie. Au Danemark, des passerelles ont été officiellement créées entre les hôpitaux psychiatriques et les services locaux chargés de la toxicomanie. Au Luxembourg et en Norvège, des mesures spécifiques ont été engagées par les services psychiatriques à l'intention des sujets présentant un début de schizophrénie, dont un grand nombre présentent un grave problème de toxicomanie, car les recherches indiquent qu'un traitement précoce améliore le pronostic.

Le rapport national tchèque suggère que la toxicomanie devrait généralement être considérée comme un problème plus urgent que les troubles mentaux, car il est plus difficile de traiter les troubles psychiatriques lorsque la toxicomanie fausse le tableau clinique. Toutefois, actuellement, 10 à 20 % des patients tchèques sous traitement de la toxicomanie prennent des médicaments prescrits par un psychiatre, ce qui aurait été inimaginable il y a quelques années. En Grèce, également, la prescription de médicaments pour des symptômes psychiatriques est extrêmement rare pour les patients sous traitement de la toxicomanie. Toutefois, dans le système de justice pénale grec, les troubles mentaux sont considérés comme prioritaires par rapport à la toxicomanie et les délinquants présentant une comorbidité sont admis en hôpital psychiatrique soit en milieu carcéral, soit dans la communauté (K. Matsa, communication personnelle, 2004). En Espagne, les usagers de drogue sont normalement pris en charge au sein du système de traitement de la toxicomanie et les orientations vers des services psychiatriques ne sont décidées que lorsque la gravité des troubles nécessite une hospitalisation.

Certains professionnels ont longtemps considéré que toute pharmacothérapie devait être évitée pour les toxicomanes en raison du risque de dépendance associée, par exemple à l'héroïne et aux benzodiazépines, mais cette opinion commence à être remise en cause (par exemple Popov, 2003). Dans certains cas, on a tendance à prescrire des médicaments psychopharmacologiques à tous les usagers de drogue sans distinction, en partie en raison du manque de temps pour mener les recherches nécessaires. Le rapport national autrichien souligne que le faible taux d'observance chez les usagers de drogue rend le traitement pharmacologique de l'état psychiatrique difficile et, en

Tableau 8 — Services de traitement intégré dans diverses villes européennes

Pays	Services de traitement intégré
Belgique	Développement de services intégrés en phase de faisabilité.
Allemagne	Les premières initiatives remontent à 20 ans. La disponibilité du traitement intégré est encore insuffisante.
Grèce	Un programme intégré lancé en 1995 offre deux options de traitement différentes, selon la gravité du trouble psychiatrique. Les résultats ont été positifs.
Espagne	185 centres se sont occupés de 4 803 patients présentant une comorbidité en 2002. Une unité intégrée spécialisée en Catalogne et une communauté thérapeutique en Cantabrique pour les patients souffrant de comorbidité et ayant besoin d'un traitement en hébergement.
Pays-Bas	Deux salles de traitement intégré spécialisées avec hospitalisation. Évaluation continue du processus pour développer les bonnes pratiques.
Autriche	Coopération entre un service d'aide aux toxicomanes et un hôpital psychiatrique situé à proximité, certains des psychologues de l'hôpital travaillant dans ce centre de traitement de la toxicomanie. Les patients restent sous traitement de la toxicomanie et sont adressés à l'hôpital uniquement si les symptômes psychiatriques deviennent trop sévères.
Royaume-Uni	Plusieurs services intégrés dans différents lieux communautaires. Plusieurs praticiens du double diagnostic ont été nommés dans des services de traitement de la toxicomanie ou au sein d'équipes de soins de santé mentale.
Norvège	Un projet intégré rattaché à un centre psychiatrique d'Oslo. Suivi et évaluation pendant une période allant jusqu'à deux ans, axés sur les besoins élémentaires tels que le logement, le travail, les prestations sociales et les relations sociales.

autre, l'usage combiné des stupéfiants et des médicaments peut, s'il n'est pas bien contrôlé, mener à des interactions entre les drogues illicites et les médicaments prescrits ou à la neutralisation des médicaments prescrits.

Traitement parallèle

Le partage de la responsabilité d'un patient entre un service de santé mentale et un service de toxicomanie dans le cadre d'un modèle de traitement parallèle semble rare en pratique. Toutefois, des groupes de travail locaux composés de représentants de ces deux types de services constituent souvent un important moyen d'échange, de coopération et de contact. En France, en Italie et aux Pays-Bas, des règlements ou protocoles officiels obligent les services de toxicomanie à maintenir une relation étroite, de préférence par la création de conventions régionales officielles, avec les services psychiatriques en ce qui concerne les procédures d'orientation des patients et les échanges de renseignements cliniques (Olin et Plaisait, 2003). Toutefois, plus de la moitié des patients hollandais présentant un double diagnostic estiment que ces conventions n'aboutissent pas à une amélioration des soins (Van Rooijen, 2001).

Au Luxembourg et en Autriche, le personnel chargé du traitement de la toxicomanie peut suivre ses patients qui ont été transférés en hôpital psychiatrique. Les lignes directrices du Royaume-Uni soulignent que les professionnels des services de toxicomanie comme ceux des services de santé mentale devraient participer à la planification des soins d'un patient présentant un double diagnostic de façon à hiérarchiser les modes de soins (Department of Health, 2002a).

Traitement intégré

Dans ce modèle, une seule équipe gère le traitement des deux troubles. Cette démarche comporte l'avantage que le patient n'est pas confronté à deux messages

contradictoires. Dans certains pays, des systèmes administratifs distincts (par exemple en Espagne) ou des systèmes de financement différents (par exemple en Allemagne) compliquent cette intégration.

Dans la plupart des pays, il existe seulement quelques programmes ou unités intégrés spécialisés pour les patients présentant une comorbidité, et la demande est loin d'être satisfaite, comme le montre le tableau 8, qui présente les informations disponibles.

La mise en œuvre la plus fréquente d'un modèle de traitement intégré consiste à affecter des psychiatres dans les services de traitement de la toxicomanie et/ou des professionnels de la toxicomanie dans les services de santé mentale. Ce peut être la solution la plus pratique dans les petites régions où les cliniques spécialisées intégrées ne sont pas une solution viable. En Espagne, depuis 2002, les médecins généralistes qui s'occupent du traitement de la toxicomanie ont la possibilité d'obtenir le titre de «spécialiste en psychiatrie» s'ils réussissent à un examen et justifient d'une expérience professionnelle avec des patients présentant des troubles mentaux. Au Portugal, pour obtenir une accréditation et une certification, un centre de traitement doit obligatoirement avoir au moins un psychiatre dans son effectif. Toutefois, tous les psychiatres travaillant dans un service de traitement de la toxicomanie ne possèdent pas les connaissances spécialisées et la formation nécessaire pour traiter les usagers de drogue, et une formation supplémentaire spécifique peut être requise.

Gestion des cas

La gestion des cas en tant que méthode de coordination du traitement des patients pour assurer des soins individualisés séquentiels ou simultanés et aider les patients à trouver leur voie dans le système de traitement semble peu fréquente dans l'UE. La France signale la mise en place d'une coopération entre les services de toxicomanie et les services

psychiatriques en vue d'organiser des admissions communes et une gestion des cas pour les patients présentant des troubles psychiatriques et une toxicomanie; toutefois, cette collaboration est souvent limitée à un cas particulier. Au Luxembourg comme aux Pays-Bas, les professionnels en sont venus à reconnaître que la gestion des cas est la méthode la plus efficace pour gérer les patients présentant un double diagnostic, mais elle est coûteuse et prend beaucoup de temps, et nécessite des compétences professionnelles spécifiques. Toutefois, dans certains pays, un type de gestion des cas appelé «suivi intensif dans le milieu» est en cours d'application (voir ci-dessous).

Méthodes de traitement et bonnes pratiques

Le traitement des patients présentant une comorbidité se caractérise par de nombreuses difficultés; il est extrêmement éprouvant et souvent peu gratifiant pour le personnel. Les patients sont souvent difficiles à gérer en raison de leur comportement social perturbateur et agressif, en particulier ceux qui souffrent des troubles de la personnalité les plus «spectaculaires», et de leur instabilité émotionnelle. La résistance ou le défaut d'observance des règles et des exigences du traitement, telles que le fait d'honorer les rendez-vous ou de prendre ses médicaments, sont fréquents et la désillusion qu'ils provoquent est aggravée par des relations personnelles peu satisfaisantes. Le taux de réussite est généralement faible et le taux d'abandon est élevé, ce qui rend le traitement long et coûteux, et également frustrant pour le personnel qui, ce qui n'est pas surprenant, montre souvent de l'impatience, de l'agressivité refoulée et des symptômes d'épuisement. Le manque de procédures de suivi et de postcure aboutit à un fort taux de rechute, et les troubles mentaux comme ceux de la toxicomanie deviennent souvent chroniques. Par ailleurs, les patients ont souvent eu beaucoup de heurts avec les services d'assistance, et peuvent donc être réticents à subir un traitement.

Malgré cette situation difficile, les professionnels recherchent et développent constamment des approches plus efficaces. Des discussions interdisciplinaires régulières sur des cas et une coopération intensive pourraient remédier au manque de compréhension mutuelle qui règne au sein du personnel. De telles tentatives apportent à tous les participants des informations plus détaillées sur les patients et facilitent le développement de bonnes pratiques ou stratégies de soins. La qualité du traitement est le facteur le plus important pour atteindre des résultats positifs.

Comme c'est le cas dans tant de domaines en rapport avec la drogue, la documentation, l'évaluation et la recherche dans le domaine du traitement de la comorbidité est déplorable. Les données probantes n'indiquent pas clairement quel type de traitement réussit le mieux. L'ouvrage de Cochrane rédigé en commun a examiné les programmes de traitement psychosocial (Ley et al., 2003). Les documents analysés se limitaient à six études, dont quatre étaient réduites, et toutes étaient généralement de qualité médiocre en termes de conception et de

signalement. La principale découverte était qu'il n'y a pas de faits probants manifestes en faveur de la supériorité d'un quelconque type de programme de traitement de la toxicomanie pour ceux qui souffrent de maladie mentale grave par rapport à la valeur des soins normalisés. L'ouvrage concluait en affirmant que «la mise en œuvre de nouveaux services spécialisés de toxicomanie pour ceux qui souffrent de maladies mentales graves devrait s'effectuer dans le cadre d'essais cliniques "cas témoins" simples et bien conçus».

Une importante revue internationale des travaux de recherche sur le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme n'a trouvé que huit études randomisées sur le traitement des toxicomanes souffrant de graves troubles psychiatriques (Jansson et Fridell, 2003). Le taux d'abandon était extrêmement élevé, même avant le début du traitement. Un suivi à court terme a révélé que le traitement en hébergement, particulièrement dans les communautés thérapeutiques, aboutissait à de meilleurs résultats en termes de conditions de vie et de consommation de drogue, mais non pour les symptômes psychiatriques.

Certaines caractéristiques sont pertinentes pour toutes les situations de traitement. Les recommandations présentées ci-dessous sont extraites de revues et de méta-analyses d'études «cas témoins» randomisées sur le traitement de la toxicomanie publiées dans le monde (Berglund et al., 2003):

- 1) L'objectif de la désaccoutumance à la drogue ne doit jamais être perdu de vue.
- 2) Les interventions doivent être très structurées.

Les interventions doivent durer assez longtemps pour avoir un effet.

L'intervention doit se poursuivre pendant au moins trois mois, de préférence plus longtemps.

Au Royaume-Uni, les lignes directrices du ministère de la santé (Department of Health, 2002b) et les projets de recherche et les revues de la littérature (par exemple Crawford, 2001) ont éveillé l'intérêt politique pour le double diagnostic. Toutefois, les données probantes proviennent principalement d'Amérique du Nord, avec moins de 10 % des synthèses de Crawford provenant d'études menées au Royaume-Uni.

Selon une revue hollandaise des études internationales, un modèle de gestion des cas potentiellement efficace est le suivi intensif dans le milieu, qui comprend des aspects structurels (charge de travail, travail en équipe, coopération avec les autres professionnels de la santé), organisationnels (critères d'admission explicites, limitation des nouvelles admissions, intervention de crise 24 heures sur 24) et de contenu (assistance et soins fournis dans les situations quotidiennes, approche active, contacts fréquents) (Wolf et al., 2002). À Birmingham, au Royaume-Uni, les équipes de suivi intensif dans le milieu reçoivent une formation par le biais d'une approche fondée sur un manuel: la thérapie

cognitivo-comportementale. Les équipes bénéficient d'une assistance permanente pour dispenser les interventions et elles sont évaluées à la fois en termes de processus et de résultats (réunion conjointe de la faculté de toxicomanie du Collège royal des psychiatres et de l'Association mondiale des psychiatres, 2003). En Norvège, quelques équipes intégrées fondées sur le suivi intensif dans le milieu sont en train d'être testées.

La synthèse suivante présente des données probantes sur les bonnes pratiques signalées par les points focaux nationaux Reitox:

- Une étude de suivi portant sur 219 opiomanes sous traitement dans les services de toxicomanie de Hambourg a montré une diminution de l'usage de l'héroïne et de la cocaïne en deux ans. Quarante-sept pour cent des participants présentaient une évolution positive des troubles psychiatriques (Krausz et al., 1999).
- Une étude italienne a révélé que les résultats du traitement de maintenance par la méthadone n'étaient pas fondamentalement différents chez les patients présentant des symptômes psychiatriques sévères ou modérés, que ce soit en termes de rétention ou de consommation d'héroïne. Toutefois, il semble que les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères avaient besoin d'un plus fort dosage moyen de méthadone (Pani et al., 2003).
- La thérapie dialectique comportementale ⁽¹⁷³⁾ est une possibilité de traitement particulièrement adapté aux femmes toxicomanes souffrant de graves troubles de la personnalité, borderline et/ou de tendances suicidaires. Toutefois, les données probantes se limitent à de rares études. Un essai «cas témoin» hollandais de thérapie dialectique comportementale a révélé que le groupe expérimental, comme le groupe suivant un traitement «ordinaire», tirait profit de cette thérapie et présentait une réduction des comportements autodestructeurs. Le groupe expérimental présentait une réduction beaucoup plus importante de la consommation d'alcool, mais aucune différence n'a été révélée en ce qui concerne l'usage de drogue (Van den Bosch et al., 2001).
- Dans une étude suédoise, l'utilisation répétée du questionnaire ASI tout au long de la période de traitement avec un modèle durable de gestion de la qualité a révélé que dans les deux ans suivant leur sortie, 46 % des patients avaient été abstinents. Les patients présentant un double diagnostic montraient un profil plus grave selon l'ASI que les patients sans psychose. En général, on constatait de petits changements du profil de personnalité et des symptômes, mais, pour beaucoup de patients, la qualité de vie était supérieure et leur situation personnelle plus stable lors du suivi (Jonsson, 2001).

- Au Royaume-Uni, Barrowclough et al. (2001) ont découvert que la combinaison des entretiens de motivation, de la thérapie cognito-comportementale et des interventions familiales entraînait des améliorations chez les patients atteints de schizophrénie et de troubles dus à la toxicomanie.
- Une vue d'ensemble des études de traitement en Norvège sur des patients présentant une comorbidité a conclu que le comportement agressif et impulsif gagnait à être traité par une thérapie de groupe structurée basée sur la confrontation, combinée à une thérapie familiale. Les patients dépressifs ou angoissés tiraient davantage profit d'une psychothérapie individuelle assistée d'une thérapie de groupe (Vaglum, 1996).

Recherche

Un projet de recherche sur le double diagnostic dans le cadre du cinquième programme-cadre de la Commission européenne sur la recherche et le développement a récemment été lancé. Cette étude prospective polycentrée, qui comprend l'Angleterre, le Danemark, l'Écosse, la Finlande, la France et la Pologne, vise à décrire les prestations de services pour les patients présentant un double diagnostic dans sept centres psychiatriques européens et à comparer, sur une période de douze mois, la morbidité et le recours aux services entre les patients à double diagnostic et ceux à diagnostic unique. Les résultats étudiés comprendront la gravité de la toxicomanie, les symptômes psychiatriques, l'observance du traitement, le fonctionnement psychosocial, le réseau social, le taux de rechute et la mortalité. Les résultats sont attendus en 2005 ⁽¹⁷⁴⁾.

Formation

Dans la plupart des pays, les médecins et les infirmières en formation reçoivent très peu d'enseignements sur la toxicomanie et encore moins sur la question de la comorbidité. En Italie, la formation commune du personnel de santé mentale et de celui du traitement de la toxicomanie est devenue plus courante. Aux Pays-Bas, l'institut Trimbos organise des formations s'adressant à la fois aux professionnels de la toxicomanie et au personnel de santé mentale chargés du traitement des patients présentant un double diagnostic. D'autres pays signalent des formations continues et des stages, mais leur mise en œuvre est aléatoire et inégale.

Au Royaume-Uni, le Collège royal de psychiatrie a entrepris une analyse des besoins en formation (Mears et al., 2001) avec divers groupes de professionnels, provenant à la fois des services de santé mentale et du milieu de la toxicomanie. Cinquante-cinq pour cent de l'échantillon ont déclaré qu'ils ne se sentaient pas suffisamment préparés à travailler avec des patients souffrant de comorbidité et ont exprimé le besoin d'une formation complémentaire.

⁽¹⁷³⁾ La thérapie dialectique comportementale est l'application d'un large éventail de stratégies thérapeutiques cognitives et comportementales pour traiter les troubles de la personnalité borderline, notamment le comportement suicidaire.

⁽¹⁷⁴⁾ Voir <http://www.mentalhealth.net/papers/kbm02.pdf>.