



## La comorbidité — Consommation de drogue et troubles psychiatriques

### Un phénomène sous-estimé

La comorbidité est souvent sous-estimée et mal diagnostiquée. Il existe deux grands groupes d'usagers de drogue présentant une comorbidité, avec des profils distincts. Le premier groupe est composé de personnes atteintes d'une maladie psychiatrique et le second de toxicomanes. Environ 30 à 50 % des patients actuellement admis en psychiatrie en Europe ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances, principalement d'alcool, de sédatifs ou de cannabis. Le profil des patients présentant une comorbidité dans les centres de soins pour toxicomanes est différent, avec des diagnostics relevant principalement une consommation d'héroïne, d'amphétamines ou de cocaïne et un ou plusieurs troubles de la personnalité, des problèmes de dépression et d'anxiété et, dans une moindre mesure, des troubles psychotiques. Ces distinctions ont des conséquences pour choisir le meilleur traitement. Les deux groupes ont souvent besoin d'interventions pharmacologiques et psychologiques combinées mais différentes, et étalées sur une longue période.

La cooccurrence de troubles de la personnalité et de toxicomanie n'a été que récemment décrite dans la population

générale. L'enquête épidémiologique américaine sur l'alcool et les situations connexes (*US National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) a établi une relation forte entre les troubles dus à la consommation de drogue et les troubles de la personnalité, environ la moitié des consommateurs de drogue souffrent d'au moins un trouble de la personnalité.

Dans les échantillons cliniques de prévalence des patients toxicomanes, les troubles de la personnalité (50-90 %) représentent la forme de comorbidité la plus répandue, suivis des troubles de l'humeur (20-60 %) et des troubles psychotiques (15-20 %). Les troubles de la personnalité de type asocial s'élèvent à 25 % des échantillons cliniques représentatifs. De récentes recherches indiquent qu'une psychopathologie précède généralement la consommation de drogue. Le pronostic de problèmes psychiatriques est aggravé en cas de consommation de drogue précoce et d'usage continu de longue date. Les syndromes mentionnés sont en interaction et se recoupent, ce qui signifie que chez une même personne plusieurs de ces troubles peuvent venir s'ajouter aux problèmes dus à la drogue.

Les données européennes disponibles esquissent un tableau très hétérogène.

Selon différentes études cliniques, 14 % à 96 % des cas présentent des troubles de la personnalité, notamment des troubles *borderline* (état limite) et de type asocial, les dépressions concernent 5 % à 72 % des cas et les troubles de l'anxiété entre 4 % et 32 %. Ces écarts considérables, probablement dus aux différents angles de diagnostic adoptés et au type d'échantillon choisi, soulignent le manque de données comparables entre les États membres de l'UE. Ces différences de diagnostic montrent la nécessité de mener des études plus structurées avec des caractéristiques d'échantillon et des instruments d'évaluation bien définis dans l'UE.

«En voyant des usagers de drogue, nous avons tendance à attribuer tous leurs problèmes à la consommation de drogue. En fait, ils souffrent souvent de maladies mentales comorbides que nous n'arrivons pas toujours à déceler. Le traitement des usagers de drogue doit impérativement tenir compte de cette comorbidité.»

Marcel Reimen, président  
du conseil d'administration de l'OEDT

### Définition

La comorbidité, ou «diagnostic associé», a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1995 comme la «cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique».

### Principaux problèmes

1. Les usagers à problème souffrent davantage que les autres de troubles psychiatriques. Les équipes psychiatriques et les centres de soins pour usagers de drogue ne parviennent souvent pas à identifier les patients présentant une comorbidité.
2. Dans le traitement de la comorbidité, aucune méthode psychosociale n'est connue pour être plus efficace qu'une autre pour traiter la toxicomanie.
3. Les patients présentant une comorbidité sont souvent renvoyés de services psychiatriques en centres de soins pour usagers de drogue, sans diagnostic ou traitement correct.
4. Le personnel soignant n'est souvent pas formé pour traiter les patients présentant une comorbidité, en raison de la spécialisation de leur formation (médecine, psychologie, action sociale, etc.).
5. Actuellement, le traitement de la comorbidité est souvent mal organisé, sans gestion de la qualité. Cela conduit à des traitements inefficaces et à un fort *turnover* du personnel.
6. Le traitement des patients présentant une comorbidité implique différents services sur une longue période.

## 1. Consommation problématique de drogue et troubles psychiatriques: une combinaison courante

Des études systématiques du diagnostic montrent qu'environ 80 % des patients présentant un diagnostic de toxicomanie souffrent aussi de troubles psychiatriques comorbides.

La comorbidité est difficile à diagnostiquer et les équipes psychiatriques comme les services de traitement de la toxicomanie ne parviennent souvent pas à la déceler. Les syndromes psychiatriques aigus d'un patient présentant une comorbidité en demande de traitement peuvent être pris par erreur pour des symptômes provoqués par la drogue ou, inversement, les phénomènes de manque ou d'intoxication peuvent être mal interprétés et confondus avec une maladie psychiatrique. L'évaluation de routine des troubles psychiatriques chez les consommateurs de drogue au début du traitement semble plutôt l'exception que la règle. De ce fait, de nombreux patients présentant une comorbidité commencent un traitement sans être traités pour leurs problèmes de santé mentale. Même lorsque la comorbidité est diagnostiquée, soit elle n'est pas prise en compte dans les interventions ultérieures de traitement de la toxicomanie, soit elle ne donne pas lieu à un traitement dans les services psychiatriques. Certains services psychiatriques et centres de soins pour usagers de drogue ayant une expertise dans les deux domaines ou travaillant en étroite collaboration obtiennent néanmoins de bons résultats auprès des patients présentant une comorbidité.

Les patients concernés par la comorbidité souffrent souvent de «multimorbidité», car ils sont atteints de pathologies somatiques graves auxquelles s'ajoutent des problèmes sociaux, de logement et d'emploi liés à cette comorbidité. La consommation de drogue implique souvent une incapacité à respecter le programme de traitement pharmacologique, augmentant ainsi la difficulté à faire face aux épisodes psychotiques ou dépressifs. L'infection au VIH et plusieurs types d'hépatites sont courants, tout comme un grand nombre de maladies; et l'on observe systématiquement une négligence de la santé somatique personnelle. La mauvaise santé dentaire est un problème sous-estimé qui accroît les risques d'infections primaires et secondaires et nuit considérablement à l'image de soi de la personne. Les problèmes sociaux tels que la solitude et l'absence de domicile fixe viennent aggraver la situation de ces personnes.

La population carcérale mérite une attention particulière. Les maladies psychiatriques et la consommation de drogue sont toutes deux

beaucoup plus répandues en prison qu'en population générale et la combinaison des deux l'est donc aussi. Le taux de rechute chez les usagers de drogue ayant purgé de longues peines de prison est élevé, l'incarcération étant de plus en plus reconnue comme un facteur aggravant les problèmes de santé mentale et la consommation de drogue se poursuivant souvent en prison.

Concernant les problèmes psychologiques et psychiatriques, différentes études ont fait état de tentatives de suicide chez environ 50 % des patients présentant une comorbidité, reflétant souvent des problèmes familiaux, scolaires et dans les rapports sociaux. Beaucoup de femmes usagers de drogue ont subi des violences sexuelles et des traumatismes pendant leur enfance. La consommation précoce de drogue est un facteur aggravant car le problème s'accroît avec le temps pour ce groupe davantage que pour les autres consommateurs de drogue. L'investissement dans des mesures intensives et ciblées pour prévenir les problèmes liés à la consommation de drogue et de santé mentale est très bénéfique.

## 2. Possibilités de traitement de la comorbidité

Pour les consommateurs d'opiacés, l'intervention pharmacologique privilégiée a été le traitement de substitution à la méthadone et, au cours de ces dernières années, la buprénorphine. Les agents pharmacologiques qui bloquent les effets de la morphine et de l'héroïne, par exemple le naltrexone, sont rarement utilisés. L'utilisation de ce type de substances pharmacologiques est empiriquement démontrée, néanmoins il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement pharmacologique de la cocaïne, des amphétamines, des drogues hallucinogènes ou du cannabis.

Les études valident le traitement de la dépendance aux opiacés par la méthadone combinée à des approches comportementales (fondées sur un manuel) spécialisées sur les problèmes de drogue, en s'appuyant notamment sur la thérapie cognito-comportementale, la prévention des rechutes, la formation en cas d'urgence ainsi que les psychothérapies à court terme plus élaborées telles que la thérapie familiale, la thérapie comportementale et la thérapie psychodynamique. Concernant la dépendance à la cocaïne, seules les interventions comportementales fondées sur un manuel et ciblant le problème de toxicomanie ont des effets avérés, bien que mineurs. Concernant la consommation abusive de cannabis, la thérapie familiale a un impact sur la dépendance chez les adolescents dont le réseau familial est intact.

Seules des interventions psychothérapeutiques plus élaborées ont eu un effet positif à

moyen terme sur le maintien en traitement de la toxicomanie. Pour tous les usagers de drogue, les interventions de traitement bien définies et basées sur un manuel sont les plus efficaces. Les interventions efficaces offrent principalement a) une structure rigoureuse, b) un objectif clair sur le problème de drogue et c) une période minimale de traitement de trois à six mois.

Pour les patients présentant une comorbidité de maladie mentale et de consommation de drogue, la gestion des cas, des hébergements structurés et protégés et le recours à des équipes multidisciplinaires peuvent contribuer à la réussite de l'intervention.

## 3. Coordination du traitement pour les consommateurs de drogue présentant une comorbidité

Le diagnostic et le traitement de la comorbidité sont limités par le fait que le personnel chargé du traitement de la toxicomanie a généralement peu de connaissances en matière de psychiatrie et que le personnel des services psychiatriques est peu au fait des traitements de la toxicomanie. À cela s'ajoutent des états d'esprit souvent divergents dans les deux disciplines qui nuisent à une perception globale et intégrée de la comorbidité.

Les patients présentant une comorbidité doivent faire face à d'autres problèmes liés à la façon dont ils sont perçus par les centres de soins pour usagers de drogue ou psychiatriques. Dans certains pays, les services de traitement de la toxicomanie n'admettent pas les toxicomanes présentant des troubles psychiatriques. Pour leur part, les services psychiatriques peuvent avoir une certaine appréhension face aux consommateurs de drogue, pouvant même les conduire à refuser l'admission d'usagers sous traitement de substitution dont l'état est stationnaire.

Le traitement des patients présentant une comorbidité exige coopération et coordination entre les services qui y participent, notamment les services psychiatriques et les centres de soins pour usagers de drogue, mais aussi les services sanitaires et sociaux. Pour le traitement des consommateurs de drogue présentant une comorbidité en prison, les autorités doivent également être impliquées. Lorsque l'intervention nécessite le traitement en hébergement ou en prison, il est important, afin d'assurer un programme de traitement cohérent et continu, d'organiser le traitement comme une chaîne avec le moins de dissensions possibles dans les relations entre les différents maillons.

La gestion des cas est une méthode de coordination qui consiste à aider les patients à trouver leur voie dans le système de traitement et leur garantir des soins individualisés. L'efficacité de cette méthode est particulièrement reconnue pour les patients présentant une comorbidité et qui ont de grandes difficultés à faire face à une réalité complexe. La gestion des cas nécessite au départ un investissement en matière de ressources humaines et organisationnelles mais s'avère rentable à terme.

#### 4. Formation du personnel soignant pour traiter la comorbidité

Le personnel s'occupant de patients présentant une comorbidité est susceptible de rencontrer différents problèmes. Le comportement perturbateur et agressif des patients, notamment ceux qui souffrent de troubles de la personnalité les plus graves, ainsi que leur instabilité émotionnelle les rendent souvent difficiles à gérer.

Il est essentiel d'avoir une compréhension pluridisciplinaire de la façon de traiter les patients avec différents types de comorbidité à tous les niveaux du personnel soignant. Or, le personnel est souvent spécialisé et ne se juge compétent que dans les limites de sa profession. En raison des difficultés des patients à gérer l'estime de soi, ce qui se traduit souvent par un passage à l'acte, une incapacité à maîtriser ses pulsions et à gérer l'état de manque, le personnel soignant se sent souvent frustré et peu apprécié.

Pour le bien des patients et du personnel soignant et pour la qualité globale du traitement, il est impératif d'améliorer la capacité de tout le personnel à comprendre

les problèmes spécifiques et différents liés à la prise en charge de patients présentant des troubles de la personnalité par rapport à ceux ayant des troubles psychotiques.

Les problèmes de surmenage sont fréquents chez le personnel travaillant auprès des usagers de drogue présentant une comorbidité. Les meilleurs moyens pour y remédier sont notamment l'intégration de services et de professions différents, la supervision des cas ainsi que la formation pratique et l'enseignement théorique.

La formation relative à des interventions ciblées pour réduire la consommation de drogue et/ou développer des compétences spécifiques est l'une des méthodes les plus prometteuses. Si la formation concerne l'ensemble du personnel, les interventions basées sur un manuel sont efficaces car elles permettent d'accroître le niveau général des compétences thérapeutiques. Plusieurs méthodes cognito-comportementales mises en œuvre ont démontré leur efficacité.

#### 5. Une organisation efficace est essentielle pour garantir la qualité du traitement

L'organisation efficace du traitement est essentielle pour garantir la qualité de la prise en charge clinique des patients. Une structure intégrée et consolidée peut diminuer l'impact négatif des troubles de la personnalité sur l'environnement du traitement. La qualité de la direction, la satisfaction au travail, la sécurité et le développement du personnel sont autant de facteurs qui influencent les patients de façon plus ou moins subliminale.

L'introduction de l'Addiction Severity Index (ASI) (indice de gravité d'une toxicomanie),

instrument polyvalent qui peut être utilisé pour le diagnostic, le traitement, le suivi ainsi que les travaux de recherche, a fortement contribué à améliorer la qualité de la documentation. Pour une planification du traitement plus approfondie, des évaluations plus pointues des troubles psychiatriques doivent être appliquées, y compris le SCID, le CIDI, le MINI et différents tests psychologiques. Il convient de déterminer l'impact des substances toxiques sur le tableau clinique, car beaucoup de drogues peuvent entraîner des altérations de la perception et du jugement similaires à celles causées par les troubles psychiatriques.

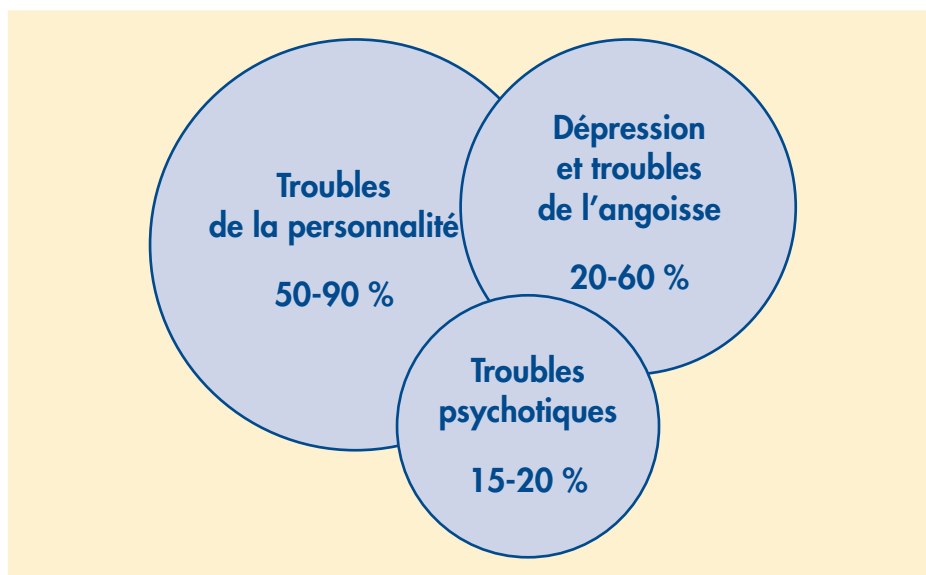
L'introduction d'outils d'évaluation tels que l'ASI et des systèmes de gestion de la qualité est aussi importante pour les retours d'informations et pour rectifier les idées fausses. Les études ont montré que le personnel sous-estime beaucoup le pronostic des patients, du fait que des patients qui enregistrent de manière répétée des refus d'admissions en traitement (chassé-croisé de patients), bien qu'ils ne représentent pas un tableau exact de l'issue du traitement, peuvent avoir une attitude négative. La documentation et le suivi systématique sont souvent les seules façons de lever les préjugés.

Les mesures destinées à limiter les mouvements de personnel s'accompagnent souvent d'efforts destinés à renforcer les compétences et les attitudes réalistes et positives pour le bien du personnel et des patients. Cela en soi réduirait les coûts.

#### 6. Les consommateurs de drogue présentant une comorbidité ont besoin de traitements longs

Dans certains cas, les troubles psychiatriques sont des maladies chroniques qui nécessitent un traitement ou des soins de longue durée. L'intégration des services de traitement, des équipes pluridisciplinaires et la mise à disposition d'hébergements sont certaines des interventions qui se sont avérées les plus efficaces. En outre, les patients présentant principalement des troubles de la personnalité bénéficient d'interventions de réinsertion sociale à long terme. Les réseaux sociaux de ces personnes sont toujours très déficients et elles manquent en général d'aptitudes à la vie normale, par exemple pour nouer des relations avec d'autres personnes, suivre un emploi du temps régulier ou respecter un rendez-vous, chercher et conserver un emploi, faire le ménage ou gérer leur argent. La coordination des services communautaires et la continuité de la chaîne de traitement, combinées à la gestion des cas, permettent d'accroître l'efficacité et s'avèrent plus rentables que les efforts de traitement isolés et non coordonnés.

#### Chevauchement entre les trois syndromes dominants de diagnostic chez les patients présentant une comorbidité liée à la consommation de drogue



**Objectif drogues** est une série de comptes rendus politiques publiés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), qui siège à Lisbonne. Ces comptes rendus paraissent trois fois par an, dans les vingt langues officielles de l'Union européenne et en norvégien. La langue originale est l'anglais. Leur contenu peut être reproduit à condition d'en mentionner la source.

Pour vous abonner sans frais, contactez-nous par courrier électronique: [info@emcdda.eu.int](mailto:info@emcdda.eu.int)

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, P-1149-045 Lisbonne  
Tél. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11  
[info@emcdda.eu.int](mailto:info@emcdda.eu.int) • <http://www.emcdda.eu.int>

## Conclusions

### La comorbidité: les points clés

1. Les patients présentant une comorbidité ont souvent des problèmes d'ordre mental, physique et social, qui doivent être identifiés et diagnostiqués.
2. Le traitement est efficace s'il est administré conformément aux pratiques avérées, s'il est planifié et géré au cas par cas.
3. Les patients présentant une comorbidité ont besoin d'interventions minutieusement coordonnées et intégrées afin que le traitement porte ses fruits. La gestion des cas est une approche particulièrement adaptée pour ces patients.
4. La formation de chaque personne impliquée dans l'organisation est nécessaire pour renforcer les capacités du personnel à prendre en charge les patients présentant une comorbidité de façon intégrée et accroître la réussite du traitement.
5. La coordination, l'intégration et la flexibilité des services de traitement s'appuyant sur des preuves scientifiques et avec un suivi régulier permettront de réduire la rotation du personnel et d'accroître la rentabilité.
6. Les efforts de soins de postcure et de réinsertion sociale sont importants pour éviter toute rechute et la reprise de soins coûteux.

## Principales sources

- Bakken, K., Landheim, S., et Vaglum, P.**, «Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?» (Les toxicomanes à drogue principale et secondaire: quelles différences concernant les troubles mentaux liés à la drogue ou indépendants de la drogue?), *Alcohol and Alcoholism*, vol. 37, 2003, p. 54-59.
- Berglund, M., Thelander, S., et Jonson, E. (éd.)**, *Treating Alcohol and Drug Abuse — An evidence based review* (Étude factuelle sur le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie), Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim, 2003.
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G., et Bond, G.**, «A review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders» (Revue des traitements intégrés des problèmes psychiatriques et de toxicomanie pour les patients à double diagnostic), *Schizophrenia Bulletin*, vol. 24 (4), 1998, p. 589-608.
- Dumaine, M. L.**, «Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: implications for social work practice» (Méta-analyse des interventions avec une cooccurrence de troubles psychiatriques graves et de toxicomanie: implications pour l'aide sociale), *Research on Social Work Practice*, vol. 13 (2), 2003, p. 142-165.
- Fridell, M.**, *Institutional Treatment of Drug Abuse — Organization, Ideology and Outcome* (Le traitement institutionnel de la toxicomanie: organisation, idéologie et résultats), Stockholm, Natur & Kultur, 1996 (en suédois).
- Grant, B. F., Stinson, F. S., et al.**, «Co-occurrence of 12-month alcohol- and drug use disorders and personality disorders in the US: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions» (La cooccurrence des troubles liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie et des troubles de la personnalité sur 12 mois aux États-Unis: résultats d'une étude épidémiologique nationale sur l'alcool et les conditions connexes), *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, 2004, p. 361-368.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., et al.**, «Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys» (Comorbidités maladie mentale-drogue dans les études ICPE), *Psychiatria Fennica*, vol. 32, 2001, p. 62-79.
- Krausz, M., Verthein, U., et Degkwitz, P.**, «Psychiatric comorbidity in opiate addicts» (Comorbidité psychiatrique chez les consommateurs d'opiacés), *European Addiction Research*, vol. 5, 1999, p. 55-62.
- McIntosh, C., et Ritson, B.**, «Treating depression complicated by substance misuse» (Traiter la dépression aggravée par l'abus de substances), *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 7, 2001, p. 357-364.

## Références en ligne

### Projet national sur la comorbidité (Australie):

<http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-comorbidity-index.htm>

[http://www7.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/comorbid\\_brief.pdf](http://www7.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/comorbid_brief.pdf)



Office des publications

[Publications.eu.int](http://Publications.eu.int)

ÉDITEUR OFFICIEL: Office des publications officielles des Communautés européennes

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2004

DIRECTEUR: Georges Estievenart

ÉDITEUR: Peter Fay

AUTEURS: Mats Fridell et Margareta Nilson

CONCEPTION GRAPHIQUE: Dutton Merrifield Ltd, Royaume-Uni

Printed in Italy