

Dr Frédéric Lemaire*, Mme Delphine Lecolier**

* Praticien hospitalier, Service d'addictologie, Pôle psychiatrie du Centre hospitalier de Châteauroux, Site de Gireugne, BP 337, F-36007 Châteauroux Cedex. CSAPA de Châteauroux. Tél. : 33 (0)2 54 53 72 62 – Courriel : frederic.lemaire@ch-chateauroux.fr

** Psychologue clinicienne, Pôle Psychiatrie du Centre Hospitalier de Châteauroux, CSAPA de Châteauroux, France

Reçu janvier 2013, accepté juillet 2013

Pour une meilleure prise en charge de la comorbidité addictions et troubles psychiatriques

Résumé

Introduction : la forte prévalence de la comorbidité addictions-troubles psychiatriques a été montrée par plusieurs grandes études internationales. La prise en charge de ces patients à double diagnostic est parfois difficile à mettre en place dans la réalité car elle implique une approche à la fois psychiatrique et addictologique, ce qui nécessite une collaboration entre deux champs d'intervention historiquement clivés, avec des professionnels pouvant avoir des positions très divergentes.

Méthodes : à partir d'une revue de la littérature s'appuyant sur des données internationales, ce travail présente les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients comorbides en proposant des pistes pour l'améliorer au travers des bénéfices et des limites des traitements séquentiel, parallèle et intégré. **Résultats :** un consensus se dégage pour dire que le traitement intégré doit être privilégié, et il paraît important de favoriser les relations entre les systèmes de soins et de promouvoir les formations abordant la question de la comorbidité. **Conclusion :** même s'il est souhaitable que les structures recevant des patients comorbides favorisent la prise en charge intégrée, celle-ci n'est pas toujours possible et il faut alors s'orienter vers un traitement parallèle ou séquentiel qui demande, pour être efficace, une bonne articulation entre la psychiatrie et l'addictologie.

Mots-clés

Addiction – Trouble psychiatrique – Comorbidité – Traitement séquentiel – Traitement parallèle – Traitement intégré.

Summary

For taking better care of addiction and psychiatric disorders comorbidity

Introduction: the high rate of the addiction and psychiatric disorders comorbidity was shown by many large international studies. Taking care of patients with dual diagnosis is sometimes difficult to set up in reality as it implies both a psychiatric and an addiction approach which requires a collaboration between two fields of intervention which are historically split with very divergent positions between professionals.

Method: based on a review of the literature using international databases, this work presents the difficulties met in the care of comorbid patients by proposing ways to improve it through benefits and limitations of sequential, parallel and integrated treatments. **Results:** a consensus appears that say that the integrated treatment must be privileged and it seems important to favor relations between both systems of care and to promote training programs dealing with the question of comorbidity. **Conclusion:** even if it is desirable that services receiving comorbid patients choose the integrated treatment, this type of care is not always possible and then it is necessary to turn to a parallel or sequential treatment which requires, to be effective, a good articulation between psychiatry and addiction medicine.

Key words

Addiction – Psychiatric disorder – Comorbidity – Sequential treatment – Parallel treatment – Integrated treatment.

La comorbidité (synonymes : troubles cooccurents, double diagnostic) a été définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1995 comme la cooccurrence chez un même individu d'un trouble lié à la consumma-

tion d'une substance psychoactive (SPA) et d'un autre trouble psychiatrique. Selon le DSM-IV, pour évoquer un trouble cooccurent, le diagnostic de chaque trouble doit pouvoir être porté indépendamment et ne pas résul-

ter simplement d'un ensemble de symptômes de l'autre trouble. Les critères du DSM-IV permettent de faire la distinction entre troubles psychiatriques primaires et indépendants et troubles psychiatriques induits par la prise de toxique. Le trouble psychiatrique, pour être indépendant, doit être constitué avant l'usage de toxique et persister quatre semaines après l'arrêt de l'intoxication (1).

De grandes études internationales ont montré que les sujets souffrant d'une maladie psychiatrique ont un risque statistique élevé d'avoir un trouble lié à l'usage de SPA, et inversement. L'*Epidemiologic catchment area* (ECA) en 1990 a montré que, dans la population générale et sur la vie entière, on retrouve une prévalence des troubles mentaux de 38 % chez les patients ayant un trouble addictif. La prévalence sur la vie entière d'un trouble lié à une substance est de 29 % chez les patients ayant un trouble psychiatrique (2). La *National comorbidity survey* (NCS) en 1994 a montré une prévalence plus forte de la comorbidité puisque environ la moitié des sujets avec un trouble psychiatrique vie entière cotent pour un trouble addictif vie entière, et réciproquement (dans les populations institutionnalisées, les prévalences sont encore plus élevées mais biaisées car la présence d'un double diagnostic est corrélée avec la recherche de soins). Par ailleurs, cette étude a soulevé le problème de l'accès aux soins, en montrant que 40 % des sujets comorbides n'avaient jamais eu de prise en charge en milieu spécialisé, et concluait qu'il fallait explorer les obstacles rencontrés par ces patients dans l'accès aux soins spécialisés (3). Deux autres études débutées en 2001, la *National epidemiologic survey on alcohol and related conditions* (NESARC) et la *European study of the epidemiology of mental disorders* (ESEMED), ont souligné le problème de l'offre de soins, de l'accès aux soins et de l'organisation des soins. Elles ont insisté sur la nécessité d'améliorer les modalités d'accueil et de prise en charge des patients comorbides (4, 5).

Dans la pratique clinique, on constate que les patients à double diagnostic ont plus de complications médico-psychosociales que les patients à simple diagnostic (patient souffrant d'addiction ou patient ayant une pathologie psychiatrique), mais aussi qu'ils suscitent parfois un rejet de la part des équipes soignantes. La maladie mentale en elle-même, ainsi que les phénomènes de marginalisation et les troubles du comportement liés au mésusage de SPA peuvent favoriser la mise en échec des soins et entraîner un rejet de la part des équipes soignantes. Le rejet peut aussi venir du clivage historique entre le système de soins en addictologie et celui en psychiatrie. En effet, la France a développé des systèmes sanitaires distincts pour les trou-

bles psychiatriques et les troubles addictifs, avec des cultures de soins propres à chaque système, une méconnaissance de l'autre champ, avec de possibles répercussions négatives sur la prise en charge des patients souffrant des deux affections. Au cœur de la problématique de la prise en charge de la comorbidité, on retrouve donc l'articulation des systèmes de soins spécialisés en addictologie et en santé mentale. Il paraît important aujourd'hui de proposer des pistes de réflexion pour essayer de remédier aux différents obstacles rencontrés afin que ces patients en grande difficulté soient pris en charge au mieux dans un système de soins adapté.

Aux prises en charge habituelles, séquentielle (les deux troubles sont pris en charge séparément dans des lieux distincts et de manière successive, avec traitement prioritaire du trouble qui paraît le plus aigu avant de démarrer la prise en charge de l'autre trouble) ou parallèle (les deux troubles sont traités dans des lieux séparés, par deux équipes soignantes mais de façon concomitante), s'ajoute un troisième modèle, anglo-saxon, qui semble intéressant : il s'agit de la prise en charge intégrée qui consiste à ce que la même équipe soignante, travaillant dans un seul lieu, offre des soins coordonnés pour les deux troubles.

Aspects théoriques

La classification de Lehman distingue trois grandes catégories de situations de comorbidité (6) :

- la maladie mentale primaire : ce sont les symptômes de la maladie mentale, ses séquelles ou son traitement pharmacologique qui mèneraient à l'usage de SPA ;
- la maladie mentale secondaire : l'usage de SPA est responsable de problèmes psychiatriques. Les signes psychiatriques sont dus à une intoxication ou à un syndrome de sevrage. Soit les effets aigus de la consommation de SPA miment des tableaux psychiatriques, soit ils entraînent une décompensation aiguë chez des sujets vulnérables. La catégorie "troubles mentaux induits par une substance" dans le DSM-IV rend compte de ce type de troubles ;
- la cooccurrence fortuite : le patient souffre des deux troubles sans lien de cause à effet, mais chacun pouvant interagir avec l'autre (possible existence de mécanismes communs génétiques et environnementaux).

Sur le plan pratique, si le trouble psychiatrique est au premier plan, le patient sera souvent pris en charge d'abord dans le système de soins psychiatrique et, à l'inverse, si c'est la problématique addictive qui est au premier plan, elle sera plutôt traitée dans le système de soins spécialisé

en addictologie. Lorsque les deux problématiques s'entremêlent, l'orientation dans le système de soins peut devenir complexe.

Caractéristiques de la population comorbide

La comorbidité tend à être plus fréquente chez les patients jeunes, de sexe masculin, célibataires, de faible niveau d'éducation, avec antécédents personnels de troubles des conduites, avec antécédents familiaux d'abus de SPA, sans domicile fixe, incarcérés, qui se présentent fréquemment aux urgences d'un hôpital, qui viennent d'une zone géographique avec une offre forte de drogues comme les zones urbaines (5).

La comorbidité entre addiction et troubles psychiatriques constitue un facteur d'aggravation pronostique, avec en particulier : des symptômes plus sévères pour les deux troubles, plus d'évolution chronique, plus de rechutes pour les deux troubles, une moins bonne compliance aux soins, une moindre efficacité des traitements, un plus grand risque de suicides et de conduites auto-agressives, un taux plus élevé de comportements hétéro-agressifs, des mauvaises habitudes de vie, moins de support social, plus d'errance et d'absence de domicile fixe, un taux plus élevé d'hospitalisations, un recours plus fréquent aux services d'urgences, un taux plus élevé de complications judiciaires et d'incarcérations, plus de problèmes financiers par manque de gestion adaptée, un taux plus élevé d'infections par le VIH et les virus des hépatites B et C (1).

La comorbidité représente pour ces patients une vulnérabilité plus importante avec des conséquences médico-psychosociales plus lourdes. La prise en charge de ces patients est plus complexe et nécessite une collaboration étroite entre les différents champs d'intervention, collaboration qu'il n'est pas toujours facile à mettre en place dans la réalité.

Le clivage historique entre le système de soins psychiatrique et le système de soins en addictologie

La comorbidité questionne les limites des champs d'intervention en psychiatrie et en addictologie, champs historiquement clivés. Ce clivage a encore aujourd'hui des conséquences sur la prise en charge des patients co-

morbides car il a favorisé une méconnaissance de l'autre champ avec un cortège de représentations négatives et n'a pas encouragé une formation adaptée abordant la problématique de la comorbidité.

Historiquement, l'alcoolisme et les toxicomanies étaient perçus avant tout comme des fléaux sociaux plus que comme des maladies, d'où la délégation de la prise en charge à des structures médico-sociales, le peu d'intérêt porté à ces troubles par la médecine hospitalière et libérale, et le désintérêt quasi absolu de la médecine universitaire (7).

Au début des années 1970, apparaissent les premières structures destinées à traiter l'alcoolisme : les centres d'hygiène alimentaire (CHA), ancêtres des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), et les premiers centres d'accueil pour toxicomanes, ancêtres des centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), ces deux structures dépendant le plus souvent d'associations (8). En ce qui concerne la prise en charge médico-sociale en addictologie, le système de soins est resté pendant longtemps peu médicalisé et encore moins psychiatrisé, les addictions n'étant pas alors considérées réellement comme des maladies. Les structures sont alors dominées par la présence de thérapeutes à orientation analytique et de travailleurs sociaux. Elles sont le plus souvent en opposition avec les structures hospitalières où les équipes médicales sont plus représentées. Il faut noter que les CSST et les CCAA ne sont que rarement dotés de compétences psychiatriques permanentes pour des raisons aussi bien historiques que budgétaires. Les CSST (plus que les CCAA) ont originellement développé des pratiques de prise en charge à distance, si ce n'est en rupture, avec la médecine, et particulièrement la psychiatrie, avec de nombreux intervenants provenant du champ socioéducatif. Selon le rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies en 2005, les psychiatres représentent seulement 5,5 % des équivalents temps plein dans les 195 structures spécialisées en addictologie sur le territoire français. Ce rapport souligne que le pourcentage de patients pour lesquels une prise en charge psychiatrique semble nécessaire se situe aux alentours de 10 %, en précisant que ce pourcentage est probablement sous-estimé dans la mesure où il est possible que la question ne soit pas renseignée pour un certain nombre de patients. Cela pose la question de la formation des professionnels et de leurs connaissances du champ psychiatrique (9). Une circulaire du 20 septembre 1971 attribue aux secteurs psychiatriques la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Les patients alcooliques et toxicomanes qui étaient hospitalisés pour des cures de

sevrage dans les services de psychiatrie avaient parfois un accueil et une prise en charge peu spécialisés (avec par exemple l'absence de contrats de soins et de thérapies spécifiques), ainsi qu'un intérêt et une coordination très faibles pour la suite de la prise en charge. De plus, les toxicomanes ne s'identifiaient pas au système psychiatrique ; critiquant l'institution psychiatrique, ils en rejetaient radicalement les règles (10). Il fallait organiser de nouvelles formes d'accueil, et c'est dans ce contexte que le centre médical Marmottan, spécialisé dans la prise en charge des toxicomanies, voit le jour en 1971 en totale rupture avec les institutions psychiatriques de l'époque. Par la suite, ce n'est que progressivement que des unités d'addictologie ont vu le jour au sein de certains hôpitaux psychiatriques.

Dans les années 1990, l'explosion de l'épidémie de SIDA et ses conséquences dramatiques ont bouleversé le champ de l'intervention en toxicomanie avec une remédicalisation des équipes soignantes. Cette épidémie a remis en scène le milieu hospitalier et les médecins comme interlocuteurs obligés des toxicomanes, et l'arrivée des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en 1995 a remis en marche le pouvoir de prescription des médecins dans le champ de la toxicomanie (8, 11).

En 2009, verront le jour les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui, en regroupant CCAA et CSST, constituent l'une des pièces maîtresses du dispositif de soins en addictologie en assurant la prévention, les soins et l'accompagnement médico-psychosocial pour l'ensemble des addictions.

Difficultés liées au diagnostic en addictologie

Il faut d'abord souligner la complexité du bilan addictologique qui doit être effectué chez tout patient qui présente une problématique d'addiction. Cette complexité tient d'abord au degré ou à la sévérité de la perte de contrôle, car la notion d'addiction dépasse celle de comportement de dépendance pour inclure des expressions partielles précédant l'installation de la dépendance. Ainsi, on observe un continuum allant de l'usage à risque à la dépendance en passant par l'usage nocif (ou abus). Il faut noter que les données les plus récentes ont tendance à regrouper les catégories diagnostiques "abus" et "dépendance" dans une seule catégorie "addiction" avec une perspective dimensionnelle en fonction de l'intensité (légère, moyenne, sévère).

Ensuite, soulignons la pluralité et la diversité des déterminants des conduites addictives : le modèle bio-psycho-social considère que l'addiction est le résultat de la rencontre entre un individu, un produit et un environnement. Ce modèle prend en compte la complexité du phénomène aussi bien dans son déclenchement que dans la trajectoire de vie du sujet et des soins qui en découlent. Il n'y a donc pas une approche thérapeutique unique, mais une attitude de flexibilité et d'adaptation au cas par cas. Les objectifs thérapeutiques sont intimement liés au bilan biomédico-psychosocial qui influence lui-même les moyens mis en œuvre pour y parvenir. L'installation d'une addiction dépend de facteurs liés au produit, de facteurs liés à l'individu et de facteurs liés à l'environnement, et il est important (mais complexe) de rechercher pour chaque patient ces facteurs de risque, de vulnérabilité et de gravité. Ces facteurs sont à la fois facteurs de risque d'addiction et indicateurs de gravité quand cette conduite est installée (8, 12, 13). Parmi les facteurs liés à l'individu, la comorbidité psychiatrique (troubles des conduites, hyperactivité avec déficit attentionnel, troubles affectifs, troubles anxieux, troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, troubles psychotiques) est un facteur de risque, de vulnérabilité et de gravité particulièrement important en renforçant le passage d'une consommation festive à un mode de consommation auto-thérapeutique ou toxicomane. À ce sujet, plusieurs études montrent que la sévérité de l'état psychiatrique est le plus puissant prédicteur du pronostic addictologique (13).

Quelques pistes pour améliorer la prise en charge des patients comorbides

Rechercher systématiquement une pathologie psychiatrique associée en cas de mésusage de SPA et réciproquement

Du fait du fort taux de prévalence de la comorbidité, de la chronicité des troubles comorbides et des effets négatifs graves sur l'évolution de la pathologie psychiatrique et addictive, il paraît nécessaire d'interroger systématiquement les patients sur une éventuelle consommation de SPA (en prenant en compte la possibilité d'un déni). De même, la recherche de troubles psychiatriques induits par le mésusage de produits ou antérieurs et associés doit être intégrée de façon systématique au bilan individuel initial.

Les conditions nécessaires pour poser un diagnostic psychiatrique chez un consommateur de SPA

Poser un diagnostic psychiatrique dans un contexte de consommation de SPA est un exercice complexe. Le seul moyen d'être sûr qu'une SPA est responsable de troubles mentaux est que le patient revienne à son état normal après au moins deux semaines d'abstinence, parfois plus longtemps (14). Cette recommandation de bon sens peut être difficile à mettre en pratique car, d'une part, il faut que le patient ait pris une décision d'arrêt du ou des produits et, d'autre part, nous savons que des SPA peuvent circuler dans les hôpitaux, réalité bien souvent tabou au sein de certaines équipes de soins. Chez les patients qui poursuivent leur consommation de SPA, on peut mettre en doute la fiabilité et la validité des diagnostics psychiatriques car il n'est pas toujours facile de déterminer en pratique si certains symptômes mentaux sont des troubles à part entière ou s'ils sont plutôt dus aux effets des drogues (15). La classification de Lehman (6) distingue les catégories de troubles cooccurents de façon très schématique alors que la réalité clinique est parfois intriquée de façon bien plus complexe lorsqu'un trouble psychiatrique indépendant et des symptômes psychiatriques produits par les substances se lient de façon significative au cours du temps.

Les relations entre conduites addictives et troubles mentaux représentent une forme complexe d'interrelation circulaire. Un trouble mental primaire et indépendant peut favoriser une addiction secondaire aggravant à terme le trouble psychique avec renforcement de la conduite addictive. Une addiction primaire, à l'inverse, peut favoriser la survenue de symptômes psychiatriques qui aggraveront eux-mêmes la conduite addictive et contribueront à la pérenniser. Il faut être très prudent avant de poser un diagnostic psychiatrique en cas d'usage de SPA, et il faut essayer de retracer la chronologie d'apparition des symptômes par rapport au début de la consommation de SPA. Il est toujours nécessaire, notamment dans une perspective thérapeutique, de distinguer un trouble mental indépendant de l'addiction, antérieur à son installation ou présent lors de périodes d'abstinence prolongées, d'un trouble mental secondaire à la prise de SPA qui disparaîtra dans la plupart des cas sans traitement spécifique dès lors que le sevrage sera obtenu et maintenu. Or, dans la pratique, il apparaît que cette distinction est souvent difficile à faire soit du fait des patients eux-mêmes qui tendent parfois à mettre en avant et à surévaluer leurs troubles psychiques (en minimisant la problématique addictive), soit du fait des cliniciens qui peuvent parfois considérer

à tort certains troubles psychiques comme étant des facteurs causaux de l'addiction, alors que ce sont en fait des symptômes psychiatriques transitoires, neuropharmacologiquement induits par la SPA et qui s'amendent avec le maintien de l'abstinence.

Un certain nombre de troubles anxieux et dépressifs associés aux consommations de SPA régressent après le sevrage et ne sont pas à l'origine de la consommation. L'abstinence est associée à une diminution des symptômes anxieux et dépressifs même chez les patients aux antécédents de dépression et de troubles anxieux. La séquence d'apparition des deux pathologies permet de faire la distinction entre addiction primaire compliquée de troubles anxio-dépressifs et troubles anxieux et/ou dépressifs primaires compliqués d'une addiction. La consommation chronique et le sevrage d'alcool, d'amphétamines, d'héroïne, de cannabis et de cocaïne provoquent très fréquemment des troubles anxieux et/ou dépressifs (qui ne répondent pas toujours aux critères d'épisode dépressif majeur du DSM-IV). Un grand nombre de patients tendent à considérer comme cause de leur addiction une symptomatologie anxio-dépressive qui est souvent en réalité une conséquence de la consommation chronique de SPA. En cas de troubles anxieux et/ou dépressifs avec consommation de SPA, le sevrage est une mesure efficace qui permet dans la majorité des cas une levée des signes anxio-dépressifs en deux à trois semaines. La persistance des troubles après ce délai peut être considérée comme un argument rétrospectif pour leur caractère primaire. Au total : démarrer les soins des troubles anxio-dépressifs par le sevrage, c'est donner la possibilité au patient de se rendre compte par lui-même que l'abstinence entraîne une amélioration de son bien-être, amélioration dont il s'attribuera les mérites, renforçant ainsi la confiance en soi. Cette amélioration (très souvent retrouvée après deux à trois semaines de sevrage) sert de point d'ancrage très important pour les soins à venir (16-18).

Les traitements pharmacologiques

Les objectifs théoriques de la prescription de psychotropes en cas de comorbidité sont d'améliorer les symptômes psychiatriques et de faciliter, de ce fait, la réduction (voire l'arrêt) de la consommation de produits. Cependant, un certain nombre de remarques peuvent être faites quant à la prescription de psychotropes chez des consommateurs de SPA non sevrés :

- crainte (justifiée) d'une interaction pharmacologique négative entre drogues, alcool et médicaments psychotropes ;

- peu d'amélioration des symptômes dépressifs et anxieux tant que persistent les effets négatifs propres du produit ;
- risque d'être "manipulé" par un patient qui met en avant ses troubles psychiques (anxiété ou dépression le plus souvent) pour "protéger" sa conduite addictive, dans une forme de déni ;
- crainte enfin, justifiée dans bien des cas, que les symptômes psychiatriques ne soient secondaires à l'abus de substances.

La solution idéale est, sans aucun doute, la prescription de psychotropes chez un sujet abstinent, dans l'ambiance d'un traitement intégré. Cependant, la prescription de psychotropes n'est pas contre-indiquée si la consommation de substances persiste : elle peut favoriser, par l'atténuation de la souffrance psychique, l'initiation et le renforcement de la motivation au sevrage, objectif qu'il ne faut jamais perdre de vue (17).

Au sujet de la comorbidité addiction à l'alcool et épisode dépressif majeur, plusieurs études ont montré que les antidépresseurs peuvent réduire la symptomatologie dépressive chez les patients qui présentent à la fois un épisode dépressif majeur et une addiction à l'alcool. Cependant, ces études n'avaient pas démontré d'effet sur la réduction de la consommation d'alcool. Une étude récente a montré que la combinaison d'un traitement antidépresseur par ISRS (sertraline) et d'un traitement addictolytique (naltrexone) prescrits dès le début de l'abstinence a permis d'augmenter le taux d'abstinence, de retarder la rechute et d'améliorer le trouble de l'humeur (en comparaison d'un traitement par naltrexone et placebo, sertraline et placebo, placebo en double) (19, 20).

En ce qui concerne les benzodiazépines, il faut être particulièrement prudent et ne pas oublier que les patients ayant une problématique d'addiction sont particulièrement à risque de développer une dépendance à ces produits.

La psychothérapie

Ces patients peuvent avoir du mal à s'engager dans les soins car ils sont souvent peu avisés des conséquences et même de la réalité de leur addiction. Ils sont souvent aux stades de pré-contemplation et de contemplation du cycle de Prochaska. Il convient donc avant toute chose de renforcer la motivation au changement chez ce type de patient. Pour cela, il faut s'appuyer sur les préférences des patients afin de définir les objectifs des soins et du

traitement. L'abstinence ne peut constituer un objectif immédiat avec ce type de patient et encore moins une condition pour entrer dans le système de soins. Qu'il y ait ou non comorbidité, soulignons l'importance de l'entretien motivationnel aux stades de pré-contemplation et de contemplation, ainsi que des thérapies cognitivo-comportementales aux stades d'action et de maintien de l'abstinence. Il convient également de soutenir l'environnement affectif et familial des patients, à la fois dans une démarche éducative vis-à-vis des troubles, mais aussi dans leurs capacités à soutenir le patient. Soulignons enfin l'intérêt de renforcer en permanence les bénéfices du sevrage et d'aider un patient abstinent à différencier les symptômes psychiques liés à l'addiction d'éventuels symptômes liés à un trouble psychiatrique primaire (17, 21).

La sociothérapie

Celle-ci est d'autant plus importante chez ces patients qui, comme nous l'avons vu, ont plus de conséquences sociales du fait de la comorbidité. Le recours rapide à un soutien social au travers de la recherche d'un logement stable ou d'une occupation régulière doit être favorisé. L'implication dans des relations sociales différentes précède souvent les changements dans la consommation de SPA (21).

Lutter contre les représentations négatives et améliorer la formation des soignants

Les représentations que les patients ont vis-à-vis de leurs troubles peuvent les amener à chercher de l'aide dans l'un ou l'autre des systèmes de soins. Certains patients peuvent, dans une forme de déni, mettre en avant leur pathologie psychiatrique en minimisant la problématique addictive et en refusant toute prise en charge addictologique. Dans le cas de troubles mentaux graves, l'identification à la toxicomanie ou l'alcoolisme est parfois plus supportable qu'à celle de la schizophrénie ou de la bipolarité. Si l'on prend l'exemple d'un patient psychotique et héroïnomanie, celui-ci doit accepter un double traitement (substitution et antipsychotique) qui conditionne le succès de la prise en charge. Les réticences de certains patients et de leur famille qui se réfèrent plus à une identité de toxicomane qu'à celle de schizophrène doivent être levées. Il y a là un travail psychoéducatif à faire avec le patient et ses proches autour de leurs représentations dans le but d'augmenter la culture générale sur la santé mentale et les soins psychiatriques et de lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie (22, 23).

Améliorer la formation des soignants est également un point important pour lutter contre les représentations négatives et le rejet des patients qui sont un obstacle à une bonne prise en charge des patients comorbides. Il paraît important d'encourager la construction de dispositifs formatifs croisés et de stages par comparaisons des professionnels concernés pour favoriser une acculturation réciproque (psychiatrie et milieu médico-social). Le but est de sensibiliser les personnels des CSAPA à la comorbidité psychiatrique et d'améliorer la culture addictologique dans les services non spécialisés en addictologie (8, 22). Enfin, il paraît important de renforcer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales, d'inclure dans l'enseignement des interventions des CSAPA locaux et d'intégrer des stages en addictologie dans la formation des internes en psychiatrie (8).

Favoriser les relations entre les systèmes de soins

La psychiatrie et l'addictologie ont des difficultés à travailler ensemble alors qu'une majorité de patients présente des troubles comorbides et nécessite une double prise en charge psychiatrique et addictologique (8). La coordination des soins et le travail en réseau peuvent être entravés par des différences d'approche institutionnelle, de mécanisme de financement et de politique administrative. Les prises en charge intégrée, parallèle et séquentielle nécessitent, surtout pour les deux dernières, une bonne articulation entre les systèmes pour être efficaces. Les approches parallèles et séquentielles placent quelquefois le poids de l'articulation des services sur les patients et non sur les soignants ; elles ont parfois tendance à défendre les limites professionnelles et financières des institutions plutôt que de répondre de façon satisfaisante aux besoins des patients. La prise en charge parallèle accroît le risque de prise en charge en doublon avec des soins plus complexes pour les patients et, au final, une perte d'information et d'efficacité des soins. La prise en charge intégrée, de par sa double culture, permet plus facilement de différencier un état psychiatrique lié à la consommation de toxique d'un trouble psychiatrique indépendant (24).

Il paraît donc indispensable de renforcer les collaborations entre les structures addictologiques et psychiatriques, de continuer à construire la coordination entre les filières hospitalière et médico-sociale en renforçant les partenariats pour une offre de soins lisible et efficace, avec une planification régionale de ces articulations (8, 22).

La collaboration dans le fonctionnement de tout secteur psychiatrique et de tout centre spécialisé en addictologie pourrait être intégrée dans la mission des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) (24).

Discussion

L'une des questions essentielles est de déterminer, lorsqu'un patient présente des troubles psychiatriques associés à une conduite addictive, s'il doit être traité simultanément dans des lieux de soins différenciés par deux équipes différentes et spécialisées (traitement parallèle), ou s'il convient de traiter en priorité le problème le plus aigu avant de prendre en charge la pathologie associée (traitement séquentiel). Un troisième type de stratégie implique le traitement simultané des deux pathologies par la même équipe et dans un même lieu (traitement intégré).

Les équipes de soins psychiatriques et addictologiques ont souvent des orientations idéologiques différentes, centrées pour les unes sur la prise en charge de la souffrance psychologique, pour les autres sur la conduite addictive elle-même. Il existe ainsi un risque de minimisation de l'addiction par les équipes psychiatriques, qui tendent à mettre en avant la thèse de l'automédication, et, à l'inverse, un risque de minimisation des troubles psychiatriques (parfois trop rapidement attribués aux conséquences de l'usage du produit) par les équipes de soins addictologiques.

L'inconvénient principal des traitements séquentiels ou parallèles tient ainsi aux objectifs différents des équipes addictologiques et psychiatriques, les premières valorisant et encourageant l'abstinence et son maintien, les secondes privilégiant le traitement de la pathologie psychiatrique. Ces objectifs, plus divergents que contradictoires, peuvent entretenir chez les patients une certaine confusion, qu'ils soient proposés simultanément ou successivement, confusion souvent renforcée par le manque de communication entre les équipes de soins, et c'est précisément ce manque de communication et de collaboration que l'on peut retrouver en pratique entre deux secteurs ayant des politiques, des protocoles et des a priori théoriques différents.

Les traitements intégrés ont été développés en réponse à ces difficultés. Le terme de traitement intégré a été introduit par Minkoff en 1989 qui proposait un premier programme intégré en milieu hospitalier pour les schizophrènes ayant un abus de substance, avec les principes suivants : le patient participe à un programme proposant

un traitement pour les deux troubles, les troubles mentaux et les abus de substances sont traités par la même équipe, les équipes sont formées au dépistage, à l'évaluation et aux traitements des deux troubles, le clinicien propose un traitement de l'addiction adapté et spécifique aux patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, le traitement se programme sur le long terme et à un rythme très progressif, le traitement est adapté au stade de changement du patient (25). Plusieurs modèles de traitement intégré ont été mis en place ; ils ont la plupart du temps été développés au sein d'un service de psychiatrie ambulatoire, car ajouter la prise en charge des conduites addictives dans ce type de service semblait plus facile à mettre en œuvre que de créer au sein des structures de soins en addictologie tout l'éventail thérapeutique nécessaire à la prise en charge des pathologies psychiatriques lourdes (26). La prise en charge intégrée est recommandée dans la littérature internationale, elle facilite les soins pour le patient, évite la multiplication des prises en charge (donc évite une perte de temps), favorise l'alliance thérapeutique, diminue les risques principaux des prises en charge parallèles ou séquentielles, qui entraînent la plupart du temps des soins en doublon et/ou des discours contradictoires (17, 27). Il est très important de ne pas oublier que ces modèles de prise en charge sont nord-américains et adaptés au fonctionnement local.

En France, cette prise en charge intégrée peut se faire dans des unités d'addictologie créées au sein des hôpitaux psychiatriques, avec des équipes formées à la fois en psychiatrie et en addictologie. Pour les soins ambulatoires, on peut imaginer des équipes ayant la double culture (psychiatrie et addictologie) au sein d'un centre médico-psychologique ou d'un CSAPA (mais celui-ci n'a pas forcément les outils de type hôpital de jour et bénéficie d'une faible présence psychiatrique). La prise en charge intégrée est donc particulièrement intéressante, mais elle présente aussi des limites. L'évolution de la maladie mentale et de l'addiction comporte des phases alternant des soins au long cours et des épisodes aigus, et certains patients nécessitent à un moment donné un traitement psychiatrique plus ciblé. Lorsque la prise en charge intégrée est mise en place dans un service d'addictologie et qu'un épisode psychiatrique aigu nécessite une hospitalisation contenant, ce service ne pourra pas toujours le gérer dans ses murs. Il devra alors mettre en œuvre un travail d'orientation et de collaboration. La prise en charge intégrée est donc très intéressante et pertinente, mais elle ne peut pas fonctionner seule, et il est important de créer et entretenir de réels partenariats avec des structures prêtes à prendre le relais en cas de décompensations aiguës avec

un échange clinique inter-institutionnel programmé. La prise en charge intégrée n'affranchit pas l'institution en charge de tels patients de faire un travail de collaboration et de partenariat.

L'intérêt des traitements intégrés est souligné par la plupart des auteurs, mais documenté seulement par un petit nombre d'études portant sur un petit nombre de patients. On peut citer le travail de Hellerstein et al. en 1995 qui comparait le traitement intégré de 23 patients schizophrènes présentant un abus de substance à celui d'un groupe similaire de 23 patients bénéficiant d'un traitement parallèle. La compliance des patients, la motivation et la durée d'engagement dans les soins s'avéraient supérieures dans le groupe des patients recevant un traitement intégré (28). En 2005, une revue de dix essais comparant les traitements intégrés à divers traitements non intégrés a retrouvé des résultats décevants concernant l'efficacité à long terme sur les symptômes psychiatriques et le taux d'hospitalisation, mais les auteurs ont noté les limites importantes de ces études, les petits effectifs et la nécessité de poursuivre les recherches (29).

On peut conclure que même si un consensus se dégage pour dire que la prise en charge intégrée doit être privilégiée car elle semble plus efficace, il paraît indispensable de le confirmer par des études épidémiologiques plus ciblées et portant sur un plus grand nombre de patients. ■

F. Lemaire, D. Lecolier

Pour une meilleure prise en charge de la comorbidité addictions et troubles psychiatriques

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (4) : 325-333

Références bibliographiques

- 1 - Lukasiewicz M. Le double diagnostic en addictologie : état des lieux et prise en charge. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion ; 2006. p. 95-102.
- 2 - Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area study. *JAMA*. 1990 ; 261 : 2511-8.
- 3 - Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 ; 51 : 8-19.
- 4 - Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 ; 64 : 566-76.
- 5 - Gasquet I, Negre-Pages L, Fourrier A, Nachbaur G, El Hasnaoui A, Kovess V et al. [Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France, results of the general population ESEMeD/MHE-DEA 2000 epidemiological study]. *Encéphale*. 2005 ; 31 : 195-206.
- 6 - Lehman A, Myers CP, Cory E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hosp Community Psychiatry*. 1989 ; 40 : 1019-25.
- 7 - Reynaud M. De la lutte contre l'alcoolisme à l'addictologie. Quelques conséquences sur l'accès aux soins des malades alcooliques. *Alcoologie et Addictologie*. 2007 ; 29 : 5-6.
- 8 - Reynaud M, Morel A, Couteron JP, Fouillaud P, Paille F, Rigaud A et al. Le livre blanc de l'addictologie française. Paris : Fédération Française d'Addictologie ; 2011.
- 9 - Palle CO, Bernard C, Lemieux C. Exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire. Paris : OFDT ; 2005. p. 46.
- 10 - Olievenstein C. Il n'y a pas de drogués heureux. Paris : France Loisirs ; 1977. p. 181-3.
- 11 - Dugarin J. Retour vers le futur. In : Olievenstein C, Hautefeuille M. Toxicomanie et devenir de l'humanité. Paris : Odile Jacob ; 2001. p. 128-30.
- 12 - Reynaud M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. Mieux comprendre les facteurs de risque, de vulnérabilité et de gravité. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion ; 2006. p. 9-13.
- 13 - McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of Psychiatry severity. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 ; 40 : 620-5.
- 14 - Cohen SI. Overdiagnosis of schizophrenia. Role of alcohol and drugs misuse. *Lancet*. 1995 ; 346 : 1541-2.
- 15 - Krausz M, Verthein U, Degkwitz P. Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *Eur Addict Res*. 1999 ; 5 : 55-62.
- 16 - Adès J. Les rapports entre conduites addictives et pathologie mentale. In : Bailly D, Venisse JL. Addictions et psychiatrie. Paris : Masson ; 2001. p. 9-17.
- 17 - Adès J. Addiction et troubles psychiatriques associés. Éléments d'une stratégie de soins. In : Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. Médecine et addictions. Paris : Masson ; 2005. p. 154-60.
- 18 - Wohl M, Adès J. Dépression et addictions : quels liens et quelle séquence thérapeutique ? *Revue du Praticien*. 2009 ; 59 : 484-7.
- 19 - Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substances use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry*. 2013 ; 170 : 23-30.
- 20 - Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, Dundon WD, Xie H, Gallis TL, Dackis CA, O'Brien CP. A double blind placebo-controlled trial combining Sertraline and Naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010 ; 167 : 668-75.
- 21 - Lançon C. Prise en charge des patients présentant une comorbidité psychiatrique. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion ; 2006. p. 630-3.
- 22 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris : Direction Générale de la santé ; 2011. p. 15-26.
- 23 - Laqueille X, Dervaux A, Barbier C. Comorbidité schizophrénie-héroïnomanie, impact des nouvelles modalités de prescription de méthadone. *Nervure*. 2005 ; 5 : 2-3.
- 24 - Reynaud M, Rigaud A, Dally S, Favre JD, Morel A. Addictions et comorbidité. Comment travailler ensemble ? 2^{èmes} Assises nationales de la FFA ; Paris ; 27-28 septembre 2007.
- 25 - Minkoff K. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hosp Community Psychiatry*. 1989 ; 40 : 1031-6.
- 26 - Mercer McFadden CC, Mueser KT, Drake RE. The community support program demonstrations of services for young adults with severe mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1997 ; 20 : 13-24.
- 27 - Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2001 ; 52 (4) : 469-76.
- 28 - Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Miner CR. A prospective study of integrated outpatient treatment for substance abusing schizophrenic patients. *Am J Addict*. 1995 ; 4 : 33-2.
- 29 - Donald M, Doner J, Kavanagh D. Integrated versus non integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders. A qualitative systematic review of randomized controlled trials. *Soc Sci Med*. 2005 ; 60 : 1371-83.