

# **Le traitement des troubles concomitants : guide pour les conseillers**

## **Introduction**

L'étude des problèmes concomitants d'usage de drogues et de santé mentale, ou « troubles concomitants », est désormais un domaine très dynamique, où connaissances et pratiques sont en constante évolution. C'est l'environnement parfait pour les débats animés auxquels se livrent actuellement les chercheurs, les professionnels des domaines de la toxicomanie, de la santé mentale et des troubles concomitants, ainsi que les personnes touchées par les troubles concomitants : les clients et leur famille. Bien que l'étude des troubles concomitants—connus sous plusieurs noms, notamment « double diagnostic » et « troubles jumelés »—soit considérée comme une discipline depuis deux décennies seulement, de nombreux cliniciens ont longtemps tenté de fournir des soins complets aux clients atteints de troubles concomitants.

Pendant 20 ans, les chercheurs et les cliniciens ont essayé de trouver un terrain d'entente entre deux systèmes : celui du traitement de la toxicomanie, et celui du traitement des problèmes de santé mentale. Ces deux systèmes ont chacun leurs traditions et leurs méthodes de traitement, et, d'une façon générale, ils sont financés et fonctionnent séparément. Les premiers traitements de problèmes concomitants qui étaient fondés sur des preuves visaient les personnes ayant un trouble grave de santé mentale. On sait aujourd'hui que le domaine des troubles concomitants englobe tout un éventail de problèmes simultanés d'usage de drogues et de santé mentale.

---

## **Le traitement des troubles concomitants : Préface**

Un problème de santé mentale ou de toxicomanie est déjà une chose difficile à gérer, mais lorsqu'une personne est atteinte de plus d'un problème, comprendre comment ces problèmes interagissent peut poser un réel défi.

Les intervenants en toxicomanie et en santé mentale savent qu'un grand nombre de clients, sinon la majorité, ont d'autres problèmes en plus de ceux pour lesquels ils cherchent un traitement. Les difficultés concernant les relations personnelles, l'emploi, les finances ou l'hébergement, ou encore les démêlés avec la justice, s'accompagnent souvent d'un problème d'usage de drogues ou de santé mentale. Les intervenants du

domaine savent également que lorsqu'une personne a un problème d'usage de drogues ou un problème de santé mentale, elle court un risque accru d'être atteinte en même temps des deux types de problèmes. Diverses études ont démontré qu'environ la moitié des personnes atteintes d'un problème d'usage de drogues ou d'un trouble de santé mentale ont vécu, à un moment donné de leur vie, des problèmes des deux types (Santé Canada, 2002 ; Kessler et coll., 1996 ; Regier et coll., 1990).

Lorsqu'une personne aux prises avec des problèmes concomitants d'usage de drogues et de santé mentale cherche de l'aide, le traitement qu'elle reçoit a trop souvent tendance à viser un seul de ces problèmes. Parfois, aider un client à résoudre un seul de ses problèmes peut déclencher un processus de changement donnant des résultats positifs d'une portée considérable. Mais parfois, cette approche peut ne pas améliorer la situation globale du client, voire même empirer ses deux problèmes. Pour savoir comment offrir une aide réellement efficace à un client, il faut considérer la personne dans son ensemble et comprendre comment ses problèmes se recourent, se masquent ou s'aggravent mutuellement.

Bien qu'au fil des années, l'interdépendance des problèmes d'usage de drogues et de santé mentale ait souvent été remarquée, l'idée d'intégrer le traitement des « troubles concomitants » est chose récente. Traditionnellement, les personnes cherchant de l'aide pour des troubles concomitants ont presque toujours été obligées d'aller à un endroit particulier pour leur problème de santé mentale, puis à un autre endroit pour leur problème d'usage de drogues, souvent sans qu'il y ait de connexion entre les deux services. C'est seulement au cours des 20 dernières années que les cliniciens et les chercheurs ont commencé à élaborer et à mettre en oeuvre des traitements plus complets pour ces clients.

Maintenant que le besoin d'un traitement intégré des troubles concomitants est mieux reconnu, il reste beaucoup à faire. De nouvelles pratiques cliniques ont été mises au point et un certain nombre d'entre elles sont appuyées par la recherche, mais nous devons approfondir considérablement nos connaissances.

Cet ouvrage puise aussi bien dans la recherche actuelle et le « consensus des experts » que dans les constats de notre travail auprès des clients du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Le but de ce partage de connaissances et d'expériences est de permettre aux autres professionnels de tirer avantage de nos gains tout en se joignant à nos efforts en vue d'approfondir nos connaissances dans ce domaine.

Si vos clients sont aux prises avec des problèmes liés à leur usage de drogues et de santé mentale, vous travaillez déjà avec des personnes atteintes de troubles concomitants. Si vous vous êtes engagé à comprendre vos clients et à les voir en tant que personnes entières, vous devez d'abord comprendre la nature et l'évolution de leurs problèmes et les solutions à votre portée.

Il n'est pas suffisant de laisser cette tâche aux spécialistes des troubles concomitants. Tous les professionnels aidants peuvent fournir un soutien : ceux qui travaillent dans les

systemes de toxicomanie et de santé mentale, évidemment, mais aussi ceux des systemes de justice pénale et correctionnels, des services de soins de santé, des services à l'enfance et aux familles, ainsi que des programmes d'éducation et d'aide aux employés.

L'objectif de cet ouvrage est de permettre à un public plus vaste d'accéder à des renseignements sur les troubles concomitants qui, jusqu'ici, appartenaient aux milieux universitaire et scientifique. Nous espérons ainsi que les conseillers oeuvrant dans une grande diversité de services seront davantage en mesure de travailler avec les personnes atteintes de problèmes concomitants, et que ces personnes recevront les soins complets dont elles ont besoin.

---

## Définir les troubles concomitants

En Ontario, le terme « troubles concomitants » décrit la présence simultanée d'un problème d'usage de drogues et d'un problème de santé mentale (voir l'encadré **Définition des termes**, plus bas), et regroupe un large éventail de combinaisons de problèmes, par exemple : trouble de l'anxiété et usage abusif d'alcool, schizophrénie et dépendance au cannabis, trouble de la personnalité limite et dépendance à l'héroïne, ou encore trouble bipolaire et problème de jeu. Les problèmes concomitants peuvent se manifester de nombreuses façons (en même temps ou séparément, dans le passé ou au présent), et leurs symptômes ainsi que la gravité de ces derniers peuvent varier avec le temps.

À noter que le terme « troubles concomitants », tel que nous le définissons ici, exclut les maladies mentales non combinées à un problème d'usage de drogues, ainsi que les problèmes d'usage de drogues non combinés à une maladie mentale. Ces combinaisons existent certes mais ne concernent pas le présent ouvrage.

Nous nous pencherons principalement sur les problèmes simultanés de santé mentale et d'usage de drogues, bien que d'autres « dépendances comportementales », comme les problèmes de jeu, puissent également s'associer aux maladies mentales.

### Définition des termes

En Ontario, le ministère de la Santé et de Soins de longue durée utilise le terme **troubles concomitants** pour décrire la présence simultanée de problèmes de toxicomanie et de santé mentale. D'autres termes sont privilégiés par d'autres groupes et milieux ; la liste

suivante explique ces termes.

**Double diagnostic, troubles jumelés** : en dehors de l'Ontario, ces termes sont souvent utilisés pour décrire ce qui en Ontario s'appelle « troubles concomitants ». Une grande partie de la documentation connexe provient des É.-U., où ces deux termes sont courants et où on met l'accent sur les maladies mentales graves et les problèmes simultanés d'usage de drogues. En Ontario, « double diagnostic » décrit les problèmes simultanés de retard du développement et de maladie mentale.

**Troubles comorbides** : la « comorbidité » est un terme médical qui décrit la présence chez une personne de plus d'un problème de santé important.

« **Mentally Ill Chemical Abusers** » (MICA), **Chemically Abusing Mentally Ill** (CAMI) – termes anglais : « MICA » décrit les personnes dont le principal problème est une maladie mentale et qui ont également des problèmes liés à leur usage de drogues ; « CAMI » décrit les personnes dont le principal problème est lié à leur usage de drogues et qui ont également un problème de santé mentale. Les deux termes ont leur origine dans les ouvrages américains.

« **Substance-Abusing Mentally Ill** » (SAMI) : terme anglais qui décrit les personnes ayant des problèmes persistants et graves d'usage de drogues et de santé mentale.

« **Double trouble** », « **double jeopardy** » : termes anglais parfois utilisés par les personnes atteintes de problèmes concomitants d'usage de drogues et de santé mentale pour parler de leur lutte.

« **Co-occurring disorders** » : terme anglais privilégié par la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Association) dans son rapport de 2002 au congrès des É.-U.

## Établir le contexte

Une grande partie de la recherche sur les troubles concomitants s'est penchée sur les personnes ayant une grave maladie mentale—en particulier, les personnes atteintes de troubles psychotiques. Les constats de Drake, de Mueser, de Minkoff et d'autres chercheurs ont offert une base solide pour les études ultérieures auprès de cette population. Ces études ont tendance à suivre le modèle médical de la toxicomanie, qui met l'accent sur un traitement fondé sur l'abstinence.

Malgré la valeur évidente de l'abstinence en tant qu'objectif idéal, la plupart des experts en toxicomanie reconnaissent que la rechute et, dans certains cas, l'incapacité d'interrompre ou même de réduire l'usage de drogues sont des réalités pour ces clients, et qu'il faut continuer à travailler avec eux, même (ou surtout) lorsqu'ils ne sont pas abstinents. Voir les troubles concomitants sous cet angle, c'est comprendre qu'il s'agit de problèmes chroniques et périodiques, et qu'ils n'existent aucun remède magique. En

Amérique du Nord, cette approche a mené à l'élaboration de traitements intégrés et de soins communautaires, ainsi qu'à une insistance accrue sur la gestion souple des cas et le rétablissement psychosocial des clients.

Dans le cas des personnes atteintes de troubles concomitants légers ou modérés, il existe peu de recherches. Toutefois, on sait que si 2,4 % de la population générale est touchée par une maladie mentale grave et persistante, les problèmes de santé mentale légers ou modérés, en particulier la dépression et l'anxiété, sont surreprésentés chez les personnes ayant une toxicomanie (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002). La gravité des problèmes d'usage de drogues varie beaucoup, la majorité allant de légers à modérés. Par exemple, on estime qu'il y a quatre fois plus de personnes aux prises avec un « problème d'alcool » que de personnes ayant une « dépendance grave à l'alcool » (Institute of Medicine, 1990).

En incluant dans notre approche des troubles concomitants les personnes atteintes de problèmes légers ou modérés, notre objectif n'est pas de porter moins d'attention aux personnes atteintes de problèmes graves, mais bien d'élargir notre portée pour englober l'ensemble des personnes touchées par les problèmes concomitants d'usage de drogues et de santé mentale. Même un problème moins grave aura un impact profond sur la personne concernée, sa famille, ses amis et ses collègues. L'un des avantages de travailler avec les personnes atteintes de problèmes légers ou modérés est qu'il y a davantage de chances que leur état s'améliore. Les problèmes moins graves sont souvent plus faciles à traiter. Dans le cas des personnes atteintes de problèmes graves, le principal défi est souvent de renforcer leurs soutiens sociaux et leur espoir de guérir ; les personnes ayant des problèmes légers ou modérés affichent généralement un meilleur niveau de soutien et de motivation. Ces facteurs sont des prédicteurs de résultats plus positifs.

---

## Meilleures pratiques

Dans *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (Santé Canada, 2002), les spécialistes du domaine examinent les ouvrages scientifiques, donnent leurs commentaires sur cette documentation, et, lorsqu'il y a une lacune, arrivent à un consensus. Cet ouvrage présente également les opinions des parties intéressées, y compris des clients, et résume les connaissances dans le domaine en soulignant les lacunes.

Élaborer un modèle des meilleures pratiques est une tâche continue: il faut réunir les connaissances fondées sur des preuves et créer des protocoles de soins fondés sur la recherche et sur les procédés ayant donné les meilleurs résultats. Ce travail est déjà amorcé, et dans certains domaines, comme l'évaluation et le dépistage, les meilleures pratiques émergentes sont déjà appuyées par des preuves. Dans d'autres domaines, nos connaissances limitées ne nous permettent pas encore de dire aux professionnels : « Voici ce que vous devez faire... » Nous pouvons discuter de nos activités et partager nos

ressources, mais ces dernières n'ont pas encore fait l'objet d'essais rigoureux. Ce qui, d'ailleurs, est commun à de nombreux autres domaines liés aux soins de santé.

Les *Meilleures pratiques* de Santé Canada et le présent ouvrage se recoupent par endroits, certains chapitres de ce dernier ayant été rédigés par des personnes qui ont également contribué à l'ouvrage de Santé Canada. Notre objectif, toutefois, est d'offrir des renseignements plus détaillés et plus pratiques, et d'exposer nos méthodes de travail pour pouvoir fournir des services spécialisés aux clients. Certains renseignements contenus dans le présent ouvrage ne sont pas encore corroborés par la documentation actuelle sur les meilleures pratiques ; mais nous les avons inclus pour encourager le dialogue et renforcer l'acquisition de connaissances et de compétences dans les domaines de pratique où il existe un besoin de services cliniques en dépit du manque d'ouvrages scientifiques fiables.

---

## Modèle biopsychosocial-spirituel

---

Pour comprendre les problèmes auxquels font face les personnes atteintes de troubles concomitants, il faut considérer les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels qui jouent un rôle dans l'émergence de ces problèmes, et, encore plus important, comprendre comment ils peuvent être des vecteurs de changement et de rétablissement pour le client.

Par exemple, les médicaments peuvent suffire pour réduire, à un niveau biologique, les symptômes d'une personne atteinte de psychose ou de dépression grave. Chez une personne poussée par l'angoisse ou la colère à se comporter de façon incontrôlable, il peut être préférable d'avoir recours à des stratégies cognitivo-comportementales, apprises en psychothérapie. Chez une personne dont les problèmes sociaux déclenchent une détresse ou une dépression, une thérapie interpersonnelle peut être le meilleur traitement. Ou encore, dans le cas d'une personne inscrite à un programme des 12 étapes, comme les Alcooliques Anonymes, la spiritualité peut être la meilleure voie du rétablissement.

Notre service a changé avec le temps en réponse aux besoins d'un certain groupe de clients évoluant dans un contexte urbain et régional particulier. Au cours des 10 dernières années, nous nous sommes engagés à travailler auprès d'une population hétérogène de clients, car nous savons qu'en dehors de notre service, il n'existe aucune option réelle de traitement intégré pour la plupart des clients aux prises avec des problèmes complexes. Nos services sont dictés par les clients de notre clinique, plutôt que par un modèle théorique des troubles concomitants. Notre inclination est donc de prendre en charge tous ceux qui se présentent à nous.

Notre approche consiste à utiliser nos meilleures pratiques pour répondre aux besoins de cette population clinique. Grâce à une combinaison de bonnes ressources d'évaluation et de nouvelles connaissances dans le domaine, nous avons pu examiner nos activités et les modifier en conséquence. Puisqu'il s'agit d'une tâche continue, le présent ouvrage dresse le portrait de notre service actuel en saluant son passé, avant de jeter un coup d'oeil vers son avenir.

---

## Attitudes et préjugés

La plupart des gens, qu'ils soient ou non des professionnels du domaine, ont éprouvé à un moment de leur vie des sentiments négatifs à l'égard des personnes atteintes d'une toxicomanie ou d'une maladie mentale, et ont même projeté leurs sentiments sur elles. Ces sentiments négatifs sont le reflet d'attitudes héritées de la famille et de la société, d'expériences personnelles, ainsi que du niveau de connaissances de chaque personne. Peur, pitié, dérision, mépris, tendance à s'ériger en juge—parfois subtils, parfois déclarés, ces sentiments ont un grand pouvoir sur les perceptions à l'égard des personnes en question.

Il est difficile de nier que ces sentiments et ces attitudes blessent. Avec le temps, les attitudes envers les personnes atteintes d'un problème de drogues ou de santé mentale, ainsi que les attitudes intériorisées de ces dernières vis-à-vis d'elles-mêmes, renforcent ces effets nocifs. Les marques ou « stigmates » que laissent ces sentiments négatifs peuvent durer plus longtemps que la maladie elle-même.

Les attitudes changent lentement. Il y a certes eu de grands progrès : le grand public commence à accepter que les problèmes de santé mentale sont en fait des maladies. Mais il reste beaucoup à faire du côté de la toxicomanie. Bien que les deux problèmes soient souvent chroniques et récurrents, les gens ont tendance à les considérer à part. Certains travailleurs en santé mentale, par exemple, voient les problèmes psychiatriques d'un client comme de vraies maladies, mais ses problèmes d'usage de drogues comme un comportement intentionnel. Les travailleurs en toxicomanie, par contre, croient fermement que la plupart des gens peuvent se libérer d'un problème d'usage de drogues, mais croient que ceux qui sont atteints de problèmes graves de santé mentale ne sont pas capables de changer réellement. À mesure que davantage de travailleurs en santé mentale et en toxicomanie apprendront à travailler auprès des clients atteints de troubles concomitants, et que leur compréhension du lien entre toxicomanie et santé mentale s'améliorera, les soins offerts aux clients deviendront plus sensibles aux besoins de ces derniers et plus efficaces.

Chaque section du présent document sert d'introduction à un aspect de l'identification, de la compréhension et du traitement des troubles concomitants. La première section initie le lecteur au domaine, la deuxième présente les programmes offerts par CAMH, et la troisième fournit plusieurs perspectives théoriques et thérapeutiques. La dernière section explore des initiatives visant à renforcer la capacité de notre service de traitement des troubles concomitants, ainsi que les possibilités qui s'offrent aux services extérieurs à CAMH de mieux servir leurs clients.

Pendant de nombreuses années, les fournisseurs de services en toxicomanie et en santé mentale ont été obligés de travailler auprès de clients atteints de troubles concomitants sans les connaissances, les compétences, les ressources ni les soutiens nécessaires pour s'attaquer de façon efficace à ces problèmes complexes. Autrement dit, la tradition voulait que l'on travaille avec ces clients en dépit de leurs problèmes concomitants. Ayant élaboré des méthodes plus collaboratives et mieux intégrées pour traiter les troubles concomitants, et forts de la découverte d'une approche plus inclusive des soins, décrite dans le présent ouvrage, nous espérons que nos lecteurs seront davantage en mesure de relever leurs défis et de saisir les occasions qui s'offrent à eux de travailler auprès de ces clients, et *avec* eux, non pas en dépit de leurs problèmes concomitants, mais bien en raison de ces derniers.

---

## Problèmes de santé mentale

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) énumère les 16 principales catégories diagnostiques de troubles psychiatriques. Pour établir un diagnostic différentiel, le thérapeute doit classer les problèmes de santé mentale de son client dans une ou plusieurs catégories, selon un ensemble précis de critères. Cela peut s'avérer une tâche difficile, surtout si les comportements du client résultent d'une interaction complexe entre ses problèmes d'usage de drogues et ses problèmes de santé mentale. Au début de la relation thérapeutique, il peut être utile d'adopter une approche dimensionnelle situant les problèmes du client sur un continuum de gravité. Cette approche permet, entre autres avantages, d'inclure les symptômes pouvant causer de la détresse mais ne correspondant pas aux critères du DSM-IV.

Dans notre travail clinique, nous avons trouvé utile de regrouper les comportements en quatre dimensions :

- Psychose : problèmes d'organisation cognitive et perceptuelle
- Impulsivité : problèmes de colère et d'agression, y compris risques de comportement autodestructeur ou destructeur envers autrui
- Humeur : dépression et instabilité affective

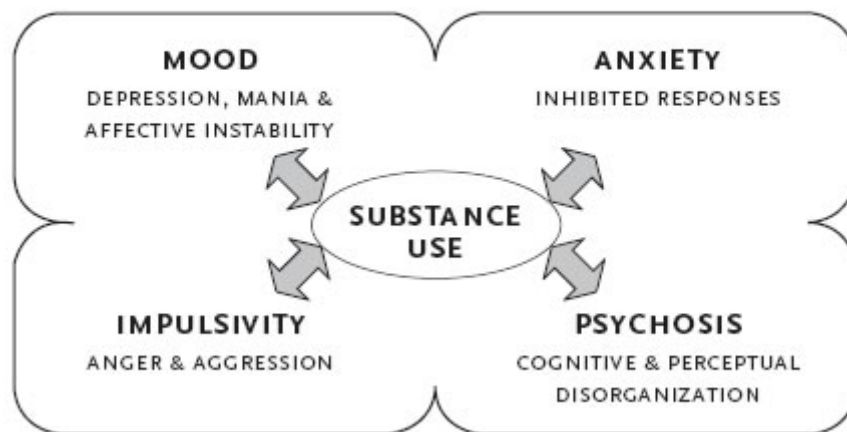
- Angoisse : inhibition problématique des réactions

Les troubles de la personnalité (appelés « troubles de l'axe II » dans le DSM-IV) peuvent aussi rentrer dans ce modèle. Le DSM-IV identifie trois groupes de troubles de la personnalité :

- Le groupe A (appelé groupe à comportement « bizarre » dans les versions antérieures du DSM) se situe dans la dimension Psychose et comprend les troubles de personnalité schizoïde, de personnalité schizotypique et de personnalité paranoïaque.
- Le groupe B (anciennement, groupe « dramatique » ou « impulsif ») se situe dans la dimension Impulsivité et comprend les troubles de personnalité antisociale, de personnalité narcissique, de personnalité histrionique et de personnalité limite.
- Le groupe C (anciennement, groupe « anxieux ») se situe dans la dimension Angoisse et comprend les troubles de personnalité compulsive, de personnalité évitante et de personnalité dépendante.

FIGURE I-1

### A dimension approach to mental illness



L'approche dimensionnelle permet au conseiller d'explorer les dimensions dans lesquelles se situent les problèmes de santé mentale du client, qu'il s'agisse de troubles de l'axe I ou de l'axe II du DSM-IV.

---

# Problèmes d'usage de drogues

Nous avons également trouvé utile d'appliquer l'approche dimensionnelle à l'usage de drogues, en classant les différentes drogues en trois principaux groupes, selon leur effet sur le corps et le cerveau :

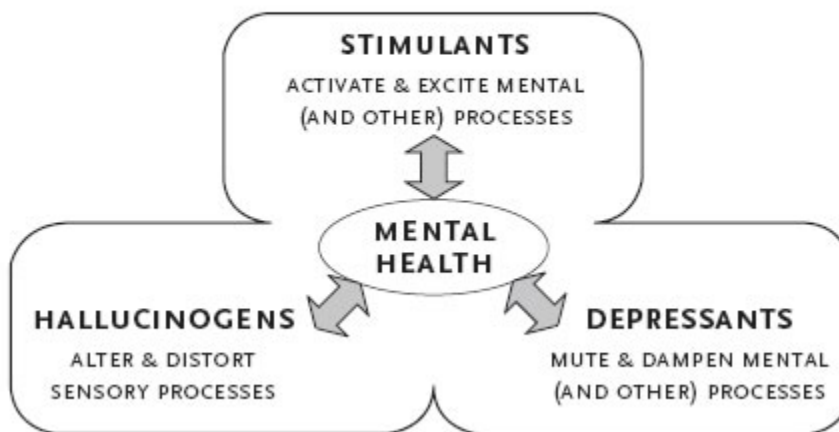
- stimulants : substances qui activent et stimulent les processus mentaux
- dépresseurs : substances qui atténuent et freinent les processus mentaux
- hallucinogènes : substances qui altèrent et déforment les processus perceptuels et sensoriels

Ces trois groupes englobent chacun un vaste nombre de substances. Mais d'après notre expérience clinique, la majorité des problèmes de nos clients concernent les drogues suivantes :

- alcool
- cocaïne et amphétamines
- opioïdes (dont l'héroïne et les opioïdes pharmaceutiques)
- cannabis
- tranquillisants sur ordonnance

FIGURE I-2

## A dimension approach to substance use



Bien qu'en matière de troubles concomitants, le tabac ne soit habituellement pas une drogue pour laquelle les clients recherchent de l'aide, la nicotine doit être considérée comme une substance problématique. Sa prévalence élevée chez les personnes atteintes de troubles concomitants est inquiétante, et son utilisation peut avoir de graves conséquences pour la santé et la vie de nombreux clients.

Tableau 1-1

Approche dimensionnelle pour le classement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie				
Dimension	Comportement verbal	Problème de santé mentale		Problème d'usage de drogues
		Axe I : troubles de santé mentale (exemple)	Axe II : troubles de la personnalité (exemple)	Troubles liés aux drogues (exemple)
Psychose (organisation cognitive-perceptuelle perturbée)	Propos « bizarres »	Schizophrénie ou autres troubles psychotiques ; manie	Types schizoïde, schizotypique ou paranoïaque	Trouble psychotique déclenché par une drogue (ex., cocaïne, paranoïa) ; délire déclenché par une drogue
Impulsivité (colère ou agression)	Propos « menaçants »	Trouble du contrôle des impulsions ; jeu problématique ; paraphilies sexuelles ; boulimie ; usage abusif d'alcool ou d'autres drogues ; dépendances	Types antisocial, limite, narcissique ou histrionique	Trouble du contrôle des impulsions déclenché par une drogue (ex., amphétamines, trouble sexuel)
Humeur (dépression, instabilité affective)	Propos « tristes », « hystériques ou grandioses » ; laconisme	Troubles dépressif, dysthymique ou bipolaire	Éléments affectifs souvent présents dans les troubles de la personnalité	Trouble de l'humeur déclenché par une drogue (ex. héroïne, dépression)
Angoisse (inhibition)	Propos « apeurés »	Troubles anxieux, panique, ou obsessionnel-compulsif ; phobies	Trouble évitant, dépendant ou obsessionnel-compulsif	Trouble anxieux déclenché par une drogue (ex., cannabis)

# Lien entre les problèmes d'usage de drogues et les problèmes de santé mentale

Le fait d'avoir un problème de santé mentale augmente le risque d'avoir un problème d'usage de drogues, tout comme le fait d'avoir un problème d'usage de drogues augmente le risque d'avoir un problème de santé mentale (Santé Canada, 2002). L'usage de drogues peut d'ailleurs entraîner des comportements qui imitent les symptômes des problèmes de santé mentale. Les problèmes liés aux drogues s'améliorent à mesure que l'usage de drogues s'estompe ou s'arrête.

## Facteurs affectant le rapport entre la toxicomanie et la santé mentale

La nature du rapport entre l'usage de drogues et la maladie mentale est depuis longtemps un sujet de préoccupation parmi les clients, leur famille et les professionnels du domaine. Les comportements liés à l'usage de drogues sont-ils la cause des symptômes psychiatriques ? Ou les problèmes de santé mentale mènent-ils les personnes touchées à prendre de la drogue pour soulager leur détresse mentale ? Malheureusement, la relation entre les problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie est généralement plus compliquée qu'un simple lien de cause à effet :

- des facteurs prédisposants peuvent affecter le degré de vulnérabilité d'une personne à certains problèmes ;
- des facteurs précipitants peuvent être liés à l'apparition de ces problèmes ;
- des facteurs perpétuants peuvent affecter la durée des problèmes.

Même lorsqu'il est clair que l'un des deux problèmes a précédé l'autre, les deux peuvent interagir, et leur rapport peut évoluer avec le temps.

## Modèles d'interaction des maladies mentales et des problèmes liés aux drogues

Degenhardt et ses collègues (2003) avancent quatre types de modèles des troubles concomitants :

- Selon le modèle de la variance commune, un même ensemble de facteurs peut augmenter les risques tant de toxicomanie que de maladie mentale. Ces facteurs de risque peuvent être d'ordre biologique (relatifs aux gènes ou à un fonctionnement perturbé des neurotransmetteurs), social ou environnemental, ou encore liés au tempérament.
- Selon le modèle de la toxicomanie comme effet secondaire, les problèmes de santé mentale augmentent le risque de toxicomanie. L'hypothèse de l'automédication, selon laquelle une personne prend de la drogue pour soulager les symptômes d'un problème de santé mentale, est un exemple connu de ce genre de modèle, qui semble s'appliquer davantage aux problèmes liés à l'humeur, à l'anxiété et à l'impulsivité, qu'à la psychose. Par exemple, il est prouvé que

certaines personnes boivent de l'alcool pour composer avec un problème d'angoisse (Thomas et coll., 2003). Parmi les théories connexes, citons : l'hypothèse de l'allègement de la dysphorie, le modèle des multiples facteurs de risque, le modèle de la super-réactivité, et le concept de vulnérabilité iatrogène (problèmes induits par le traitement).

- Selon le modèle de la maladie mentale comme effet secondaire, l'usage de drogues peut déclencher une maladie mentale chez une personne qui, normalement, ne serait pas vulnérable. Par exemple, l'usage de cannabis peut entraîner des symptômes psychotiques chez une personne déjà prédisposée à la psychose (Hall et Degenhardt, 2000).
- Selon le modèle bidirectionnel, la présence de l'un des deux types de problèmes augmente la vulnérabilité d'une personne à l'autre type de problèmes. Par exemple, une personne ayant un problème grave d'abus de drogues peut avoir des difficultés à maintenir son emploi, ce qui peut aggraver chez elle le risque de dépression.

Parfois, et même souvent, les troubles concomitants peuvent survenir indépendamment l'un de l'autre : les deux sont présents, mais leur effet interactif est mineur.

Souvent, la nature du rapport fonctionnel entre les comportements liés à l'usage de drogues et les problèmes de santé mentale déterminera les attentes du conseiller (p.ex., quant aux conséquences d'un abandon de la drogue par le client). Si le client a des problèmes directement liés aux drogues, le fait d'arrêter ou de réduire son usage de drogues aura probablement un effet positif sur ses symptômes de maladie mentale. Par contre, si le client prend de la drogue pour soulager sa détresse mentale ou pour composer avec une situation difficile, toute tentative de lui faire abandonner la drogue pourrait aggraver son expérience subjective de détresse.

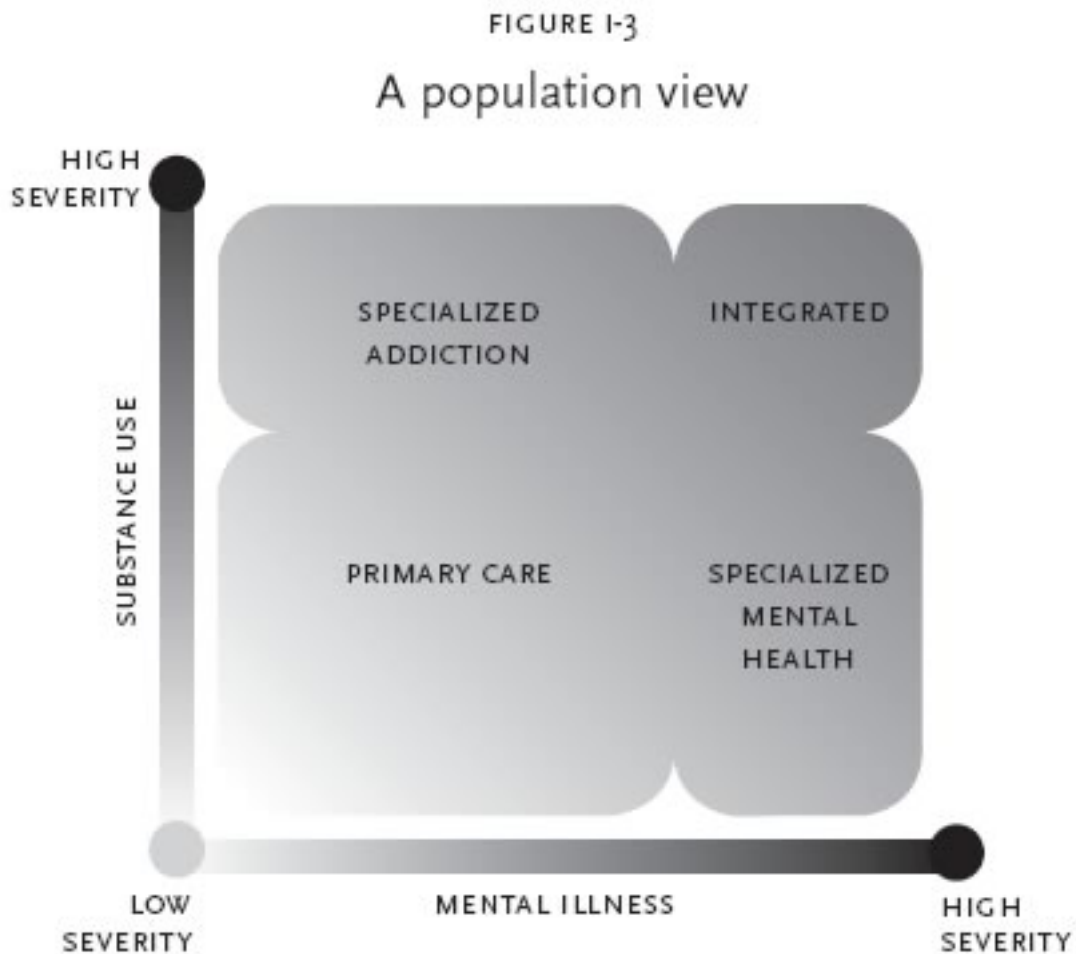
En outre, la gravité des problèmes concomitants d'usage de drogues et de santé mentale varie. La plupart des services de santé mentale visent les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Et ce sont les problèmes de toxicomanie de cette population qui ont le plus influencé l'approche des professionnels de la santé mentale face aux troubles concomitants. Le système de traitement de la toxicomanie, de son côté, s'adresse aux personnes ayant un problème modéré ou grave d'usage de drogues, chez qui la prévalence des problèmes d'humeur, d'angoisse et de colère a influencé l'approche des professionnels de la toxicomanie face aux troubles concomitants (Prim et coll., 2000). Ainsi, le milieu de traitement et les caractéristiques des clients qui cherchent de l'aide dans ce milieu influencent le choix des méthodes de dépistage, d'évaluation et de traitement.

Le « cadre à quatre quadrants », mis au point par la U.S. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) et le groupe de travail mixte de la National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD), et adopté par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2003), illustre l'éventail des troubles concomitants et leurs degrés de gravité au sein de deux populations de clients : ceux ayant une maladie mentale, et ceux ayant une toxicomanie.

Ce cadre, qui fait le lien entre les systèmes de soins et la gravité des troubles concomitants, est conçu pour aider les fournisseurs de soins en toxicomanie et en santé mentale « à organiser l'éventail des services de manière à mieux répondre aux besoins des personnes présentant de multiples symptômes de différents degrés de gravité. » (SAMHSA, 2003, p. 59)

La plupart des personnes atteintes de troubles concomitants connaissent des problèmes légers ou modérés. La Figure I-3 (ci-dessous) illustre le chevauchement des niveaux du système de soins de santé, qui participent tous au traitement des troubles concomitants. Les clients évoluent entre plusieurs niveaux selon l'étape de rétablissement à laquelle ils se trouvent.

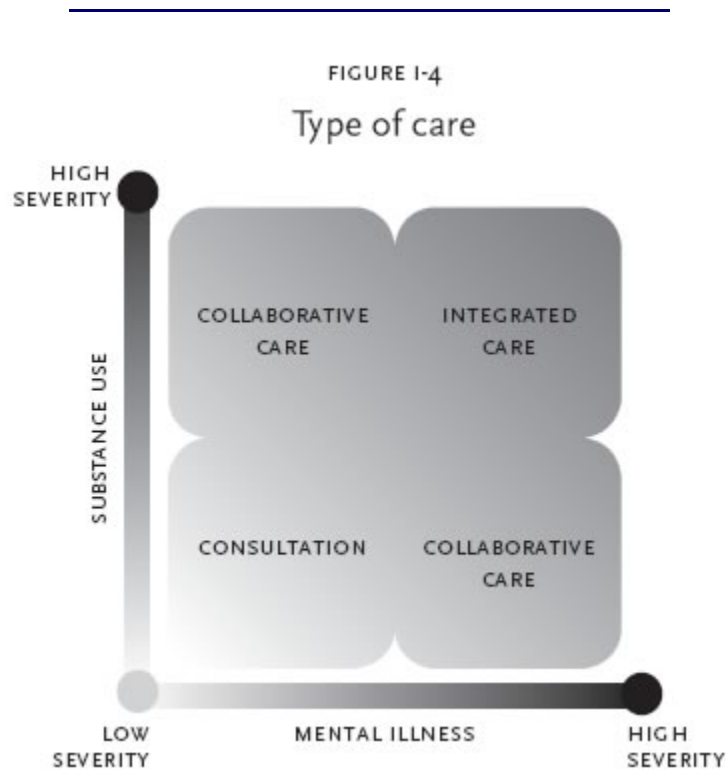
---



# Traitement des troubles concomitants

Tandis que, dans le passé, les services de toxicomanie et de santé mentale faisaient souvent partie de systèmes différents de traitement, de nos jours il est de plus en plus reconnu que pour un grand nombre de clients, les soins doivent relever des deux systèmes à la fois et doivent être coordonnés et collaboratifs. Le traitement des troubles concomitants peut être coordonné de plusieurs façons (ce choix dépend souvent du degré de gravité des problèmes, ainsi que de la disponibilité des services communautaires) :

- Consultation : liens informels entre les services de toxicomanie et de santé mentale et d'autres organismes de service sociaux
- Collaboration : liens officiels entre organismes, ce qui peut convenir aux clients ayant un problème modéré combiné à un problème grave (les membres du personnel d'un service de toxicomanie et de santé mentale travaillent ensemble à la conception et à la mise en oeuvre d'un plan de traitement)
- Intégration : programme intégré offrant un traitement de la toxicomanie et des maladies mentales dans un seul milieu. Certains modèles de programmes intégrés et complets ont été élaborés en réponse aux besoins des clients atteints d'une maladie mentale grave.



## Traitement intégré

Le concept de traitement intégré se fonde sur l'hypothèse selon laquelle il existe un rapport étroit entre un problème de drogue et un problème de santé mentale, et que l'un ne doit pas être isolé de l'autre dans un plan de traitement. Cette idée est née en réaction aux difficultés qu'éprouvaient les clients à se frayer un chemin entre deux systèmes : celui du traitement de la toxicomanie, et celui du traitement des maladies mentales. Drake et Mueser (2000) pensent que le fait d'intégrer les services soulagerait les clients du fardeau de démêler les complexités des divers traitements, et en attribuerait la responsabilité aux intervenants et aux organismes qui offrent des services.

Globalement, un traitement intégré est défini comme « tout mécanisme permettant une combinaison d'interventions thérapeutiques [pour les troubles concomitants], dans le cadre d'une relation thérapeutique principale ou d'un milieu de service principal. » (SAMHSA, 2003, p. 59) Un seul clinicien ou une seule équipe de traitement assume la responsabilité globale de combiner les diverses interventions thérapeutiques et de soutien en un seul ensemble cohérent (Drake et coll., 2004).

Une grande partie de la documentation sur les traitements intégrés se penche sur les clients atteints de problèmes grave de toxicomanie et de santé mentale, en particulier les troubles psychotiques. Les besoins de cette population ont eu pour effet de limiter le traitement intégré au traitement simultané des problèmes de toxicomanie et de santé mentale au sein d'un seul programme de traitement. La définition de « traitement intégré » s'est depuis élargie pour englober les approches axées sur une coordination du personnel de deux ou de plusieurs organismes. Cette définition élargie permet de mener des interventions thérapeutiques dans le cadre d'un plan de traitement coordonné et uniforme. Grâce à une telle approche, le traitement forme un tout aux yeux du client (Santé Canada, 2002).

### **Intégration au niveau du programme et des services**

Dans un programme ou un service intégré, les traitements de santé mentale et de toxicomanie sont administrés conjointement par une même équipe de cliniciens et d'intervenants, dans un seul milieu thérapeutique (Santé Canada, 2002). La majorité des programmes intégrés ayant donné de bons résultats comprennent les éléments suivants :

- interventions en plusieurs étapes
- interventions dynamiques
- interventions motivationnelles
- counseling
- interventions de soutien social (Drake et coll., 2001).

### **Intégration au niveau des systèmes**

S'il fallait que les soins intégrés soient tous fournis aux clients par un seul programme, il faudrait rebâtir entièrement le système. À mesure que les fournisseurs de soins en santé

mentale et en toxicomanie et que les bailleurs de fonds reconnaissent la nécessité de travailler plus efficacement auprès des clients atteints de problèmes complexes, ils apportent des améliorations qui n'exigent pas la création d'un nouveau système de traitement. Le système actuel, en établissant des liens entre les divers programmes de traitement, peut en fait offrir un meilleur traitement pour le continuum des troubles concomitants. Certains programmes peuvent offrir un traitement aussi bien pour la toxicomanie que pour la maladie mentale, tandis que d'autres peuvent coordonner les services de deux ou de plusieurs autres organismes, permettant à chacun d'eux d'adapter son traitement à la population ciblée (Santé Canada, 2002).

### **Composantes d'un système intégré**

La reconnaissance des taux élevés de troubles concomitants s'accompagne d'une nouvelle attente : que l'ensemble des programmes de toxicomanie et de santé mentale aient un minimum de compétences pour l'identification et l'évaluation des troubles concomitants et pour l'intervention auprès des clients.

Kenneth Minkoff (2001) s'est inspiré des catégories de l'American Society of Addiction Medicine pour décrire quatre niveaux de capacité organisationnelle pour le traitement des troubles concomitants. Selon le modèle de Minkoff, que nous avons adapté à la terminologie du présent ouvrage, ces quatre niveaux sont les suivants :

1. Programme de toxicomanie « normal » : s'adresse aux personnes dont les troubles concomitants sont suffisamment stables pour que ni leurs symptômes, ni leur handicap ne posent d'obstacle important à un traitement standard ; prise en considération des troubles concomitants dans le contenu et la mission du programme, ses politiques en matière de psychopharmacologie, ses procédés de dépistage, d'évaluation et de planification pour le traitement et la sortie du patient, et ses activités de formation et de perfectionnement du personnel.
2. Programme de santé mentale « normal » : s'adresse aux personnes atteintes de troubles liés à leur usage de drogues en leur offrant un traitement en santé mentale ; prise en considération des troubles concomitants ; prise en charge intégrée des cas selon le type de programme ; programmes axés sur les étapes.
3. Programme de toxicomanie « supérieur » : s'adresse aux personnes atteintes d'une maladie mentale avec symptomatologie subaiguë et handicap modéré ; programmation supérieure ; dotation accrue en personnel en général et en personnel formé en santé mentale en particulier ; niveau supérieur de compétences et de supervision ; meilleure coordination avec les services prolongés de santé mentale et les milieux de traitement intégré.
4. Programme de santé mentale « supérieur » : dotation accrue en personnel formé en traitement de la toxicomanie ; meilleure conception de programme. Exemple : unité de traitement de deux jours offrant des programmes de toxicomanie dans un milieu avec gestion psychiatrique ; équipes de gestion intensive des cas avec intervention

pré-motivationnelle et traitement axé sur les étapes, à l'intention des personnes les plus perturbées et désengagées, atteintes de troubles d'usage de drogues ; programmes complets d'hébergement ou de jour offrant de multiples types d'interventions thérapeutiques axées sur les étapes, avec attentes liées à l'usage de drogues.

## Approches du traitement

Le traitement des troubles concomitants doit inclure :

- un dépistage simultané de la toxicomanie et de la maladie mentale ;
- une évaluation complète ;
- des interventions psychosociales et pharmaceutiques (SAMHSA, 2003) ;
- un plan de soins et de soutien prolongés.

Toutefois, étant donné l'hétérogénéité de la population, un seul ensemble d'interventions ne saurait être efficace pour tous les clients atteints de troubles concomitants (Kavanagh et coll., 2003).

## Soins fondés sur des preuves

### Définitions

La recherche fondée sur des essais cliniques contrôlés sur échantillon aléatoire demeure l'étalon de référence pour valider l'efficacité des interventions thérapeutiques auprès d'une population ; elle est suivie de la recherche fondée sur des modèles quasi-expérimentaux (avec groupes témoins choisis de manière aléatoire), puis des essais cliniques « ouverts » (sans groupes témoins). Malgré la base croissante de preuves appuyant l'intervention dans les cas de troubles concomitants, le domaine manque toujours de méthodes de rechange fiables (SAMHSA, 2003).

Selon l'Institute of Medicine des É.-U. (2000), en l'absence d'essais cliniques sur échantillon aléatoire, il convient d'utiliser les critères suivants pour évaluer les approches thérapeutiques :

- meilleures preuves de recherche : constats de recherche pertinents du point de vue clinique, provenant souvent des sciences de la santé et des sciences médicales de base, mais surtout des recherches cliniques (axées sur le client) sur l'exactitude et la précision des tests diagnostiques (dont l'examen clinique), la puissance des marqueurs pronostiques et l'efficacité et la sécurité des régimes de thérapie, de réadaptation et de prévention.
- expertise clinique : capacité de l'intervenant d'utiliser ses compétences cliniques et son expérience pour diagnostiquer et traiter l'état de chaque client, et pour évaluer les risques et les avantages des interventions possibles, compte tenu des valeurs personnelles et des attentes du client.

- valeurs des patients : préférences, préoccupations et attentes de chaque patient, à incorporer aux décisions cliniques pour que ces dernières puissent aider le patient.

### **Preuves appuyant les interventions thérapeutiques**

L'examen des preuves appuyant diverses approches thérapeutiques face aux troubles concomitants passe obligatoirement par l'analyse des sous-populations. Selon les *Meilleures pratiques* de Santé Canada (2002), il y a suffisamment de preuves pour nous permettre de regrouper ces sous-populations selon le type de maladie mentale qui accompagne une toxicomanie :

- troubles de l'humeur ou de l'anxiété
- troubles de santé mentale graves et persistants
- troubles de la personnalité
- troubles de l'alimentation
- autres troubles de santé mentale

Pour chaque groupe, le rapport de Santé Canada fait l'examen des preuves en ce qui concerne :

- la façon la plus efficace de structurer les interventions dans les cas de toxicomanie et de maladie mentale ;
- les approches thérapeutiques les plus efficaces.

Malgré la prévalence élevée des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou du contrôle des impulsions combinés à une toxicomanie, d'une part, et des troubles de dépression combinés à une toxicomanie, d'autre part (de 20 % à 30 % de la population générale), il existe peu de preuves quant aux meilleures interventions thérapeutiques pour ces groupes (Kavanagh, 2003). La base de recherche sur les troubles concomitants chez les clients atteints de problèmes graves de santé mentale (de deux à trois pour cent de la population générale) doit être élargie pour inclure les domaines où les traitements sont évalués plus rigoureusement et peuvent influencer la pratique du traitement des troubles concomitants.

Dans le cas du sous-groupe « maladie mentale grave combinée à une toxicomanie », il existe un meilleur ensemble de preuves appuyant une approche globale (traitement intégré, traitement axé sur les étapes, techniques motivationnelles) que pour les interventions thérapeutiques spécifiques (Drake et coll., 2004). Il importe de savoir quelles sont les composantes d'un traitement intégré les plus utiles au client. La capacité d'offrir un soutien au-delà des soins prodigués aux clients pendant la durée du programme semble jouer un rôle important dans l'obtention de résultats positifs, la prévention de la rechute et le fait d'aider les clients à réussir dans leur communauté.

Une aide axée sur l'étape de traitement et de rétablissement, combinée à une approche, plus pragmatique, de réduction des méfaits, semble améliorer l'engagement du client et produire non seulement une meilleure relation thérapeutique entre le client et son conseiller, mais de meilleurs résultats (Roth, 1999).

Enfin, même si notre base de connaissances est en constante évolution, nous devons, en tant que professionnels aidants, commencer par examiner notre situation actuelle. Certaines questions cliniques sont trop urgentes pour attendre une solution fondée sur des preuves empiriques (Goldman et coll., 2001) ; il faut voir la collecte de ces preuves comme un cheminement plutôt qu'une destination finale. Chaque nouvelle contribution à la documentation est l'occasion de réfléchir et de réévaluer les pratiques actuelles dans le domaine. Les conseillers qui travaillent auprès des personnes atteintes de troubles concomitants doivent combiner les meilleures preuves empiriques à leur expertise clinique, en y ajoutant empathie, respect et bon sens. Au bout du compte, si nous voulons aider les personnes—clients et familles— touchées par les troubles concomitants, nous devons nous montrer à la hauteur de leurs attentes : notre travail leur tient à coeur parce qu'en dépit de leurs problèmes de toxicomanie et de santé mentale, avec notre aide elles peuvent arriver à mener la vie à laquelle elles aspirent.

## Bibliographie

(pas traduit)

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>e</sup> édition), Washington D.C., APA, 1994.

Degenhardt, L., W. Hall et M. Lynskey. « What is co-morbidity and why does it occur? », dans M. Teesson et H. Proudfoot (éd.), *Comorbid Mental Disorders and Substance Use Disorders: Epidemiology, Prevention and Treatment*, Sydney (Australie), National Drug and Alcohol Research Centre, 2003, p. 10–25.

Drake, R.E., S.M. Essock, A. Shaner, K.B. Carey, K. Minkoff, L. Kola et coll. « Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 4, 2001, p. 469–476.

Drake, R.E. et K.T. Mueser. « Psychosocial support to dual diagnosis », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26, n° 1, 2000, p. 105–117.

Drake, R.E., K.T. Mueser, M.F. Brunette et G.J. McHugo. « A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 27, n° 4, 2004, p. 360–374.

Goldman, H.H., V. Ganju, R.E. Drake, P. Gorman, M. Hogan, P.S. Hyde et coll. « Policy implications for implementing evidence based practices », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 12, 2001, p. 1591–1597.

Hall, W. et L. Degenhardt. « Cannabis use and psychosis: A review of clinical and epidemiological evidence », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, n° 1, 2000, p. 26–34.

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C., National Academy Press, 2000.

Kavanagh, D.J., K.T. Mueser et A. Baker. « Management of comorbidity », dans M. Teesson et H. Proudfoot (éd.), *Comorbid Mental Disorders and Substance Use Disorders: Epidemiology, Prevention and Treatment*, p. 78–120. Sydney, Australie, National Drug and Alcohol Research Centre, 2003.

Minkoff, K. *Behavioral Health Recovery Management Service Planning Guidelines Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders*. Chicago (Ill.), Illinois Department of Human Services, 2001.

Prim, A.B., M.B. Gomez, I. Tzolova-Iontchev, W. Perry, H.T. Vu et R.M. Crum. « Mental health versus substance use treatment program for dually diagnosed patients », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19, n° 3, 2000, p. 285–290.

Roth, D. *Towards Best Practices: Top Ten Findings from the Longitudinal Consumer Outcomes Study 1999*. Columbus (Ohio), Ohio Department of Mental Health, 1999. Consulté sur Internet le 2 février 2005

Santé Canada. *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H39-599/2001-2F au catalogue, 2002.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The Prevention and Treatment of Co-occurring Substance Abuse and Mental Disorders*, Washington, D.C., SAMHSA, 2003. Rapport au congrès des É.-U.

Thomas, S.E., C.L. Randall et M.H. Carrigan. « Drinking to cope in socially anxious individuals », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 27, n° 12, 2003, p. 1937-1943.