

***La comorbidité —  
Consommation de drogue et troubles  
Psychiatriques***

***MADOU FZ / BENAZOUZ M / LARABA A / BENELMIR S***

***14 ET 15 MAI 2008 ORAN***

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

. *Les usagers à problème souffrent davantage que les autres de troubles psychiatriques*

. *Les équipes psychiatriques et les centres de soins pour usagers de drogue ne parviennent souvent pas à identifier les patients présentant une co morbidité.*

Aucune méthode psychosociale n'est connue pour être plus efficace qu'une autre pour traiter la toxicomanie.

Ces patients sont souvent renvoyés de services psychiatriques en centres de soins pour usagers de drogues ; sans diagnostics ou traitements corrects.

Le personnel soignant n'est souvent pas formé

Actuellement, le traitement est souvent mal organisé, sans gestion de la qualité.

Cela conduit à des traitements inefficaces et à un fort *turnover* du personnel.

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

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

- Dans les échantillons cliniques de prévalence des patients toxicomanes, les troubles de la personnalité (50-90 %) représentent la forme de comorbidité la plus répandue, suivis des troubles de l'humeur (20-60 %) et des troubles psychotiques (15-20 %).
- Les troubles de la personnalité de type asocial s'élèvent à 25 % des échantillons cliniques représentatifs.
- Le pronostic de problèmes psychiatriques est aggravé en cas de consommation de drogue précoce et d'usage continu de longue date.

- Ces syndromes sont en interaction et se recoupent, ce qui signifie que chez une même personne plusieurs de ces troubles peuvent venir s'ajouter aux problèmes dus à la drogue.
- Les données européennes disponibles esquissent un tableau très hétérogène.
- Selon différentes études cliniques, 14 % à 96 % des cas présentent des troubles de la personnalité, notamment des troubles *borderline* (état limite) et de type asocial, les dépressions concernent 5 % à 72 % des cas et les troubles de l'anxiété entre 4 % et 32 %.
- Ces écarts considérables, probablement dus aux différents angles de diagnostic adoptés et au type d'échantillon choisi, soulignent le manque de données comparables entre les États membres de l'UE.

- **Consommation problématique de drogue et troubles psychiatriques une combinaison courante**
- Des études systématiques du diagnostic montrent qu'environ 80 % des patients présentant un diagnostic de toxicomanie souffrent aussi de troubles psychiatriques comorbides.
- La comorbidité est difficile à diagnostiquer et les équipes psychiatriques comme les services de traitement de la toxicomanie ne parviennent souvent pas à la déceler.
- Les syndromes psychiatriques aigus d'un patient présentant une comorbidité en demande de traitement peuvent être pris par erreur pour des symptômes provoqués par la drogue ou, inversement, les phénomènes de manque ou d'intoxication peuvent être mal interprétés et confondus avec une maladie psychiatrique

- **L'évaluation de routine des troubles psychiatriques chez les consommateurs de drogue au début du traitement semble plutôt l'exception que la règle.**
- De ce fait, de nombreux patients présentant une comorbidité commencent un traitement sans être traités pour leurs problèmes de santé mentale.
- Même lorsque la comorbidité est diagnostiquée,
- soit elle n'est pas prise en compte dans les interventions ultérieures de traitement de la toxicomanie,
- soit elle ne donne pas lieu à un traitement dans les services psychiatriques.
-

- Les patients concernés par la comorbidité souffrent souvent de «multi morbidité», car ils sont atteints de pathologies somatiques graves auxquelles s'ajoutent des problèmes sociaux, de logement et d'emploi liés à cette comorbidité.
- La consommation de drogue implique souvent une incapacité à respecter le programme de traitement pharmacologique, augmentant ainsi la difficulté à faire face aux épisodes psychotiques ou dépressifs.
- L'infection au VIH et plusieurs types d'hépatites+++,
- un grand nombre de maladies++;
- une négligence de la santé somatique personnelle+.

La mauvaise santé dentaire( problème sous-estimé)qui accroît les risques d'infections primaires et secondaires et nuit considérablement à l'image de soi de la personne.

Les problèmes sociaux tels que la solitude et l'absence de domicile fixe viennent aggraver la situation de ces personnes.

- **Problèmes psychologiques et psychiatriques,**
- différentes études ont fait état de tentatives de suicide chez environ 50 % des patients présentant une comorbidité, reflétant souvent des problèmes familiaux, scolaires et dans les rapports sociaux.
- Beaucoup de femmes usagers de drogue ont subi des violences sexuelles et des traumatismes pendant leur enfance.
- La consommation précoce de drogue est un facteur aggravant car le problème s'accroît avec le temps pour ce groupe davantage que pour les autres consommateurs de drogue.

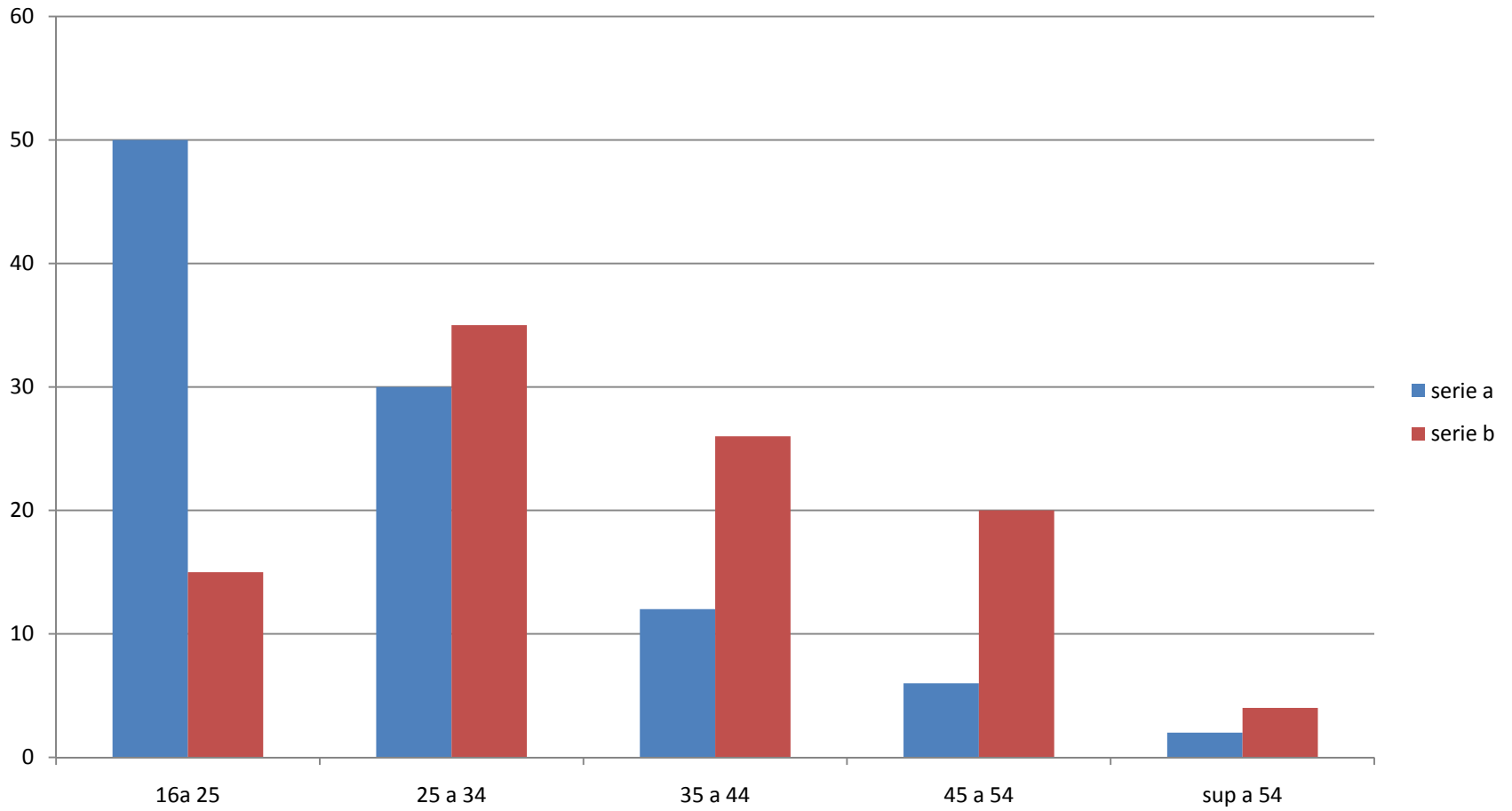
- Chevauchement entre les trois syndromes dominants de diagnostic chez les patients
- présentant une comorbidité liée à la consommation de drogue
- *Troubles de la personnalité*
- 50-90 %
- *Dépression et troubles de l'angoisse*
- 20-60 %
- *Troubles psychotiques*
- 15-20 %

# Etude pratique

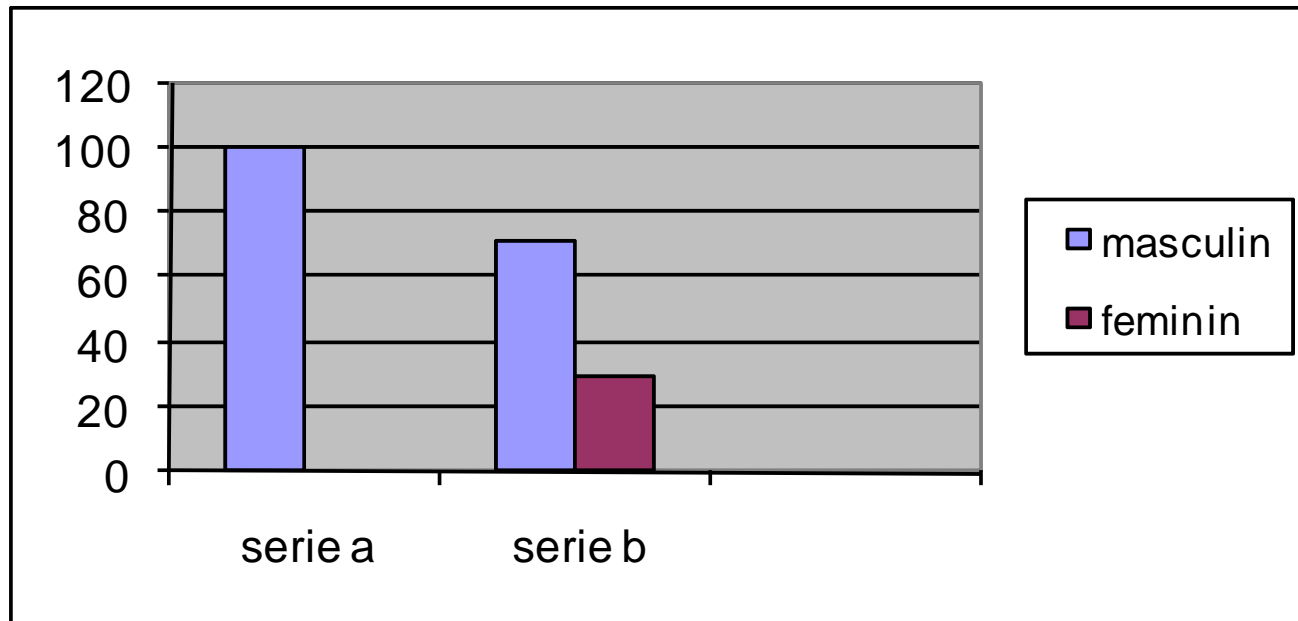
- Comparaison entre deux lots de schizophrènes(DSM IV) pris sur l'ensemble des patients hospitalisés de janvier 2006 à juin 2006)
- Le premier (SERIE A) avec notion de consommation de toxiques
- le deuxième (*SERIE B*) sans consommation
- N= 100(pour chaque série)
- Le recueil des données s'est fait à l'aide d'un questionnaire à plusieurs items

# Résultats et commentaires:

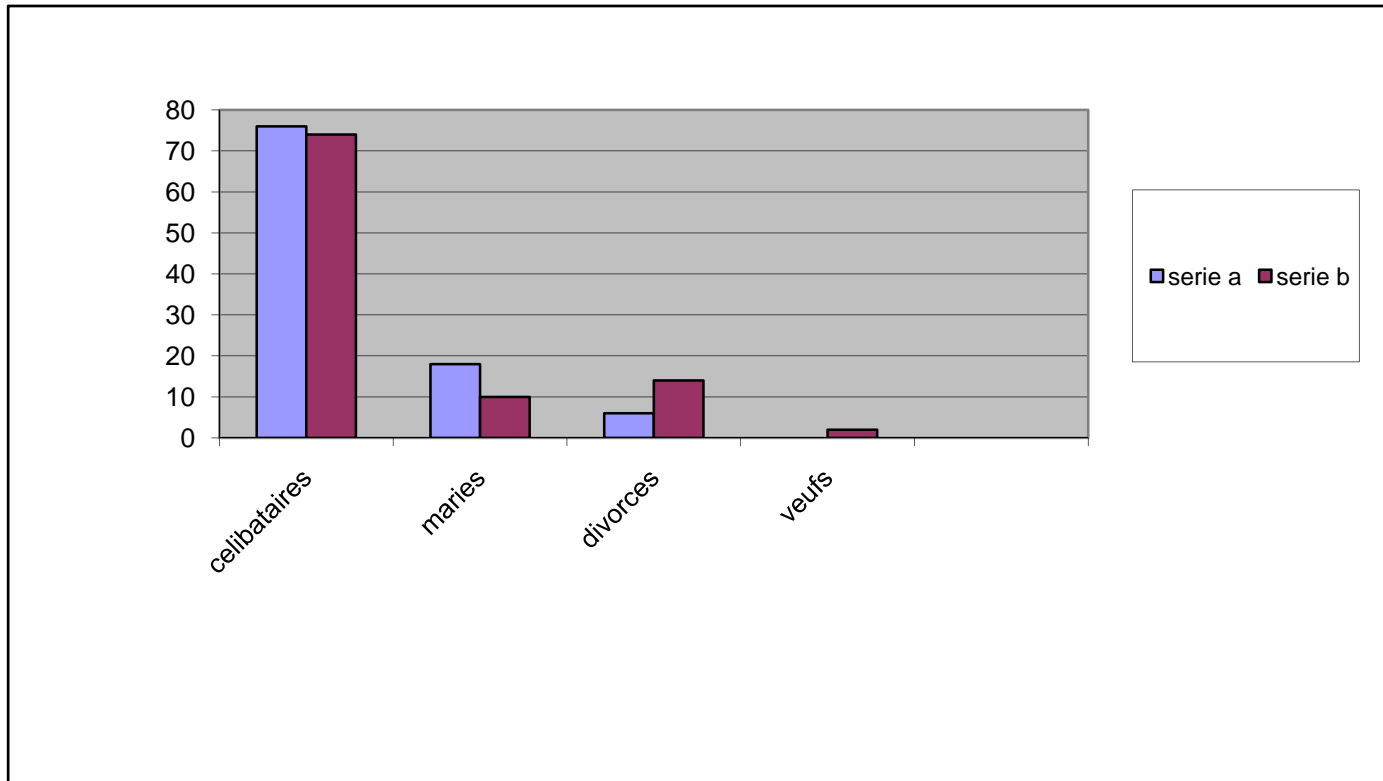
## AGE



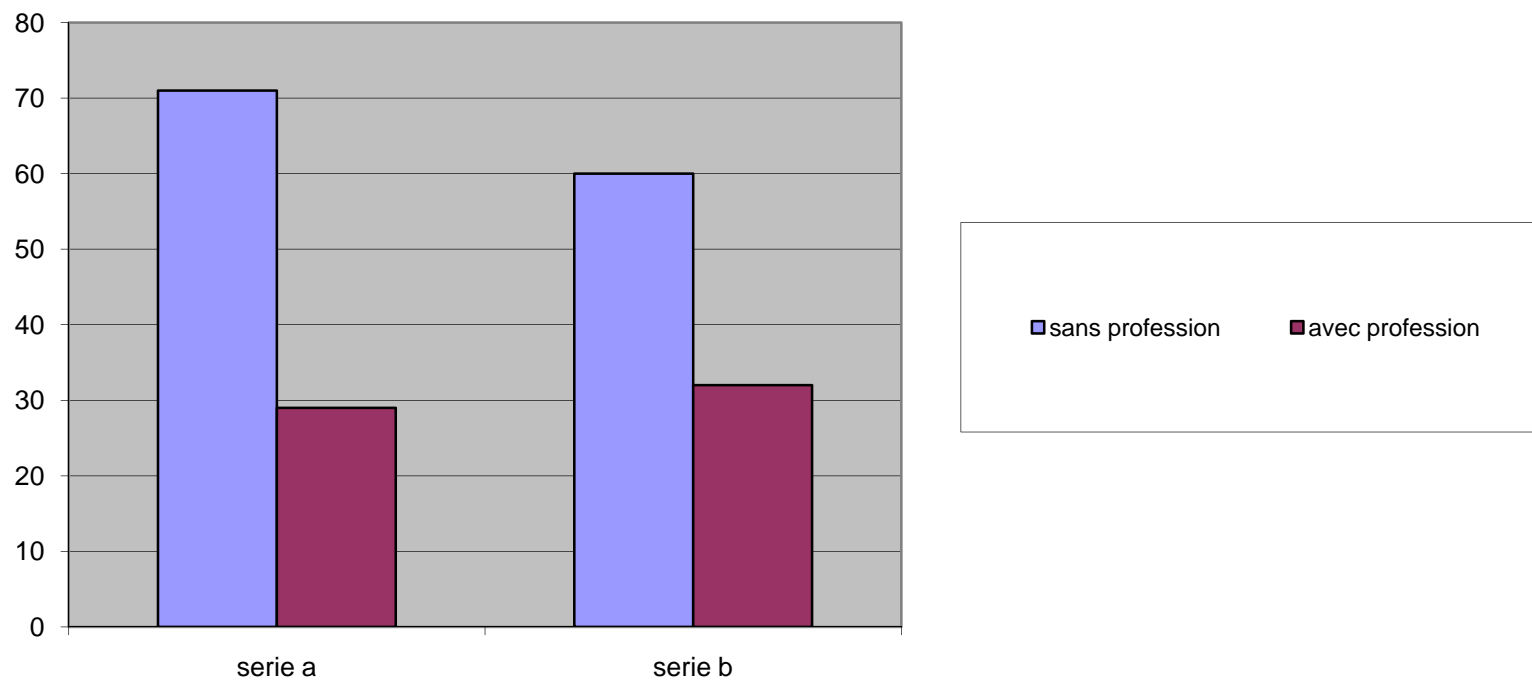
# Sexe



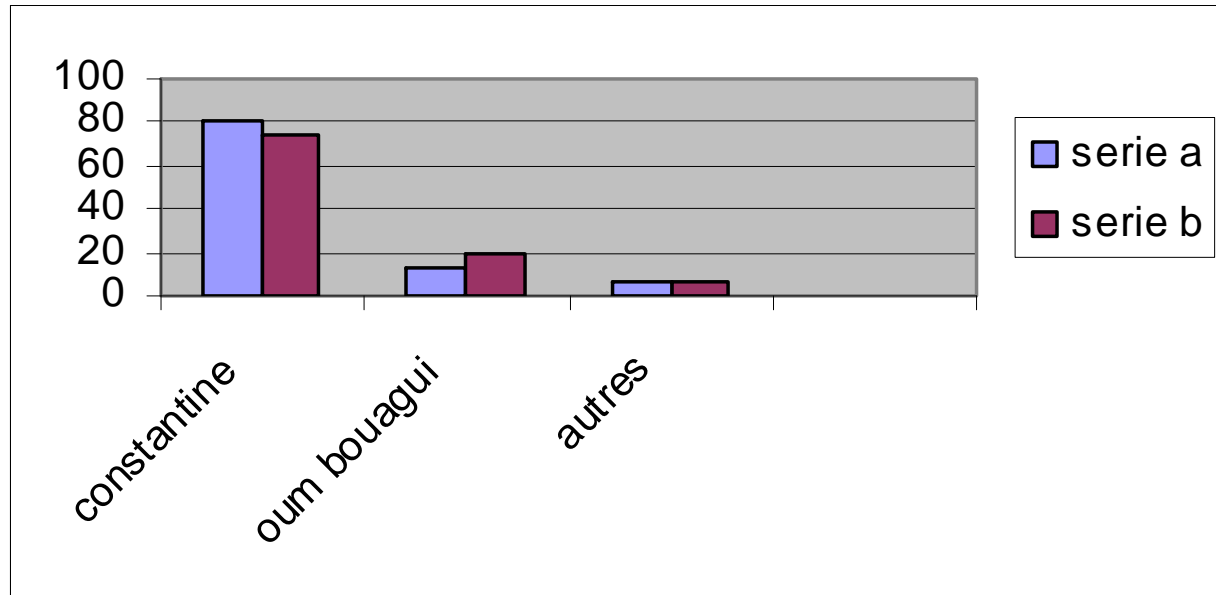
# Situation familiale



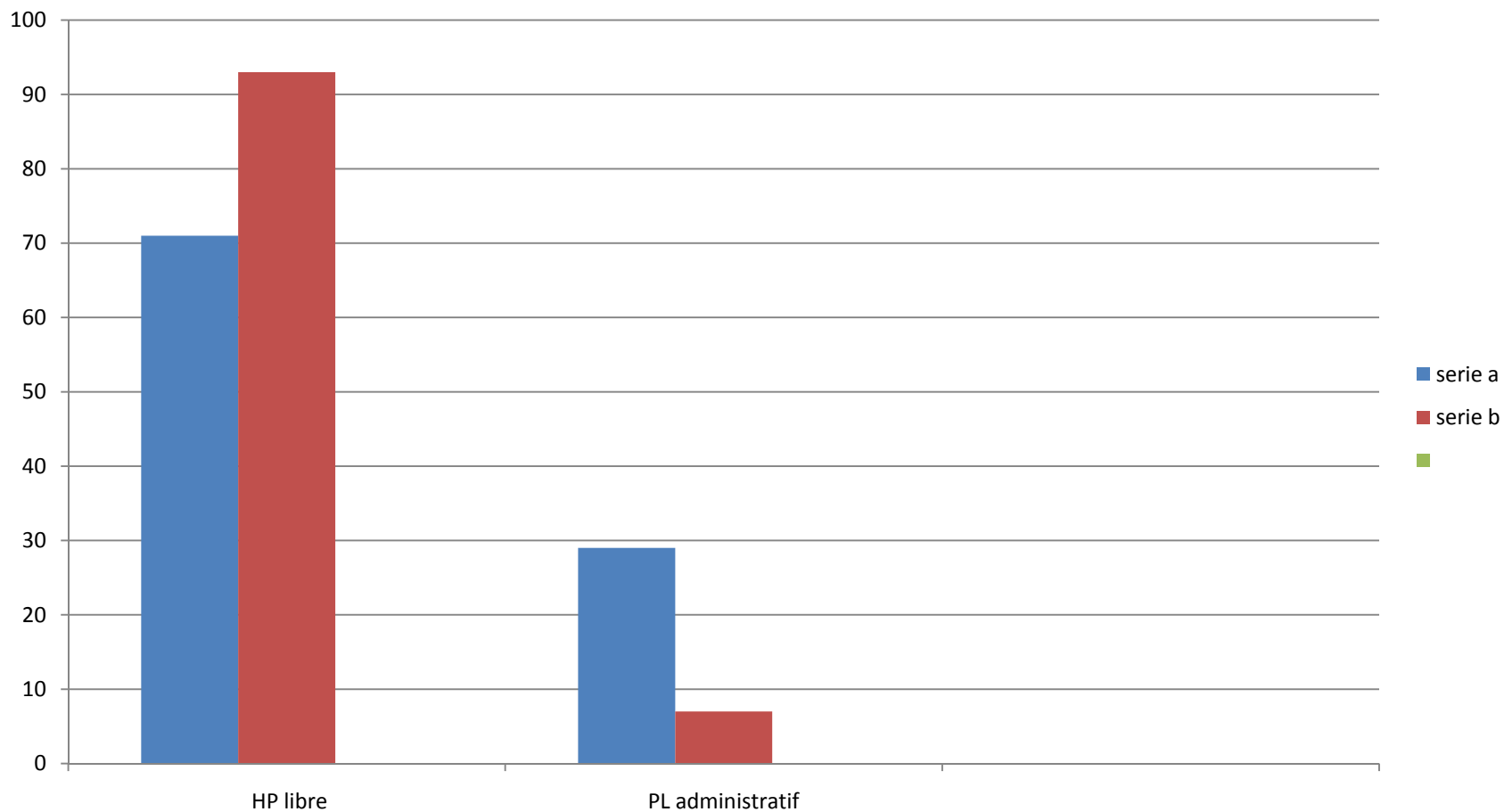
# Situation professionnelle



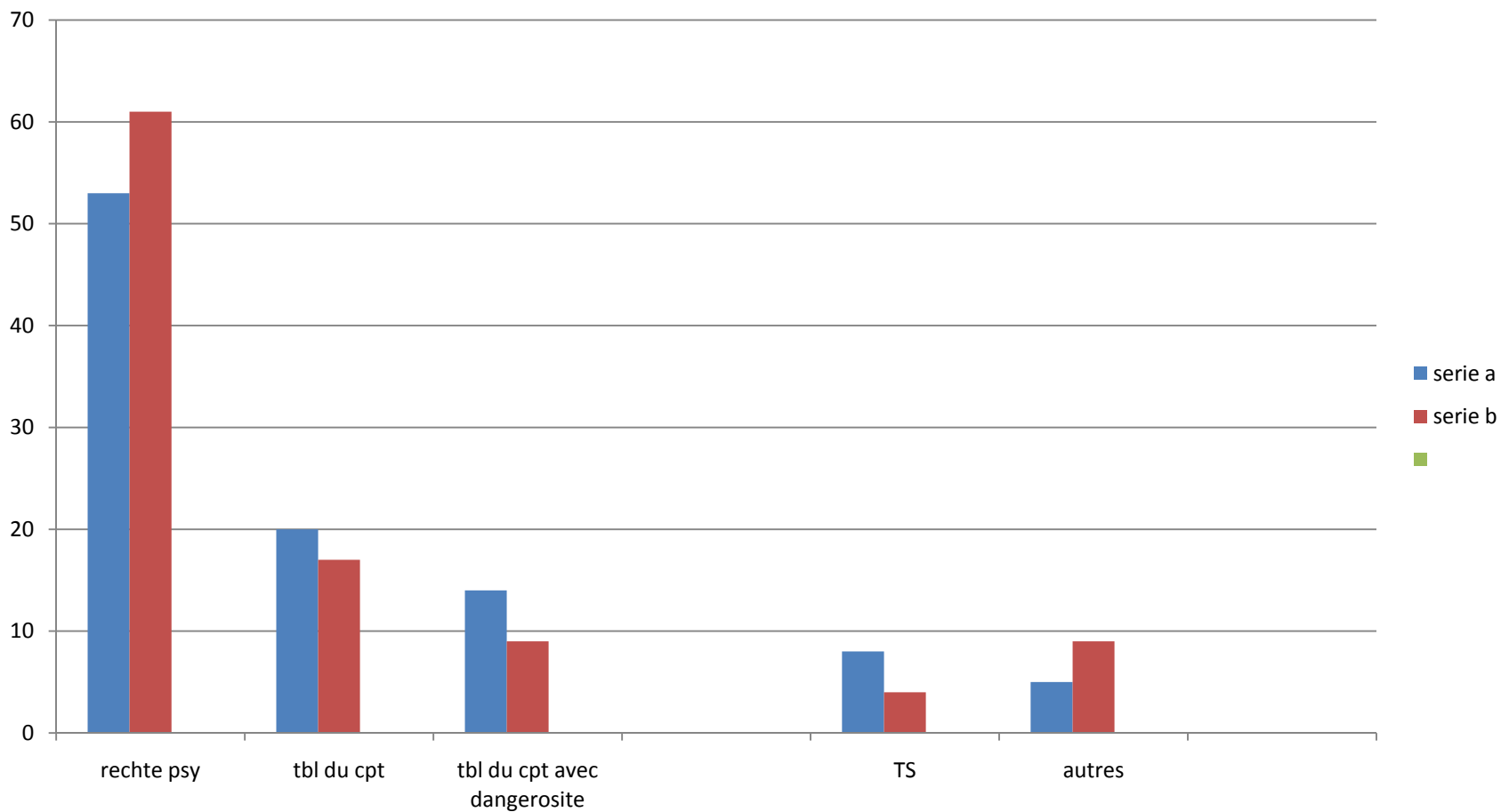
# Origine géographique



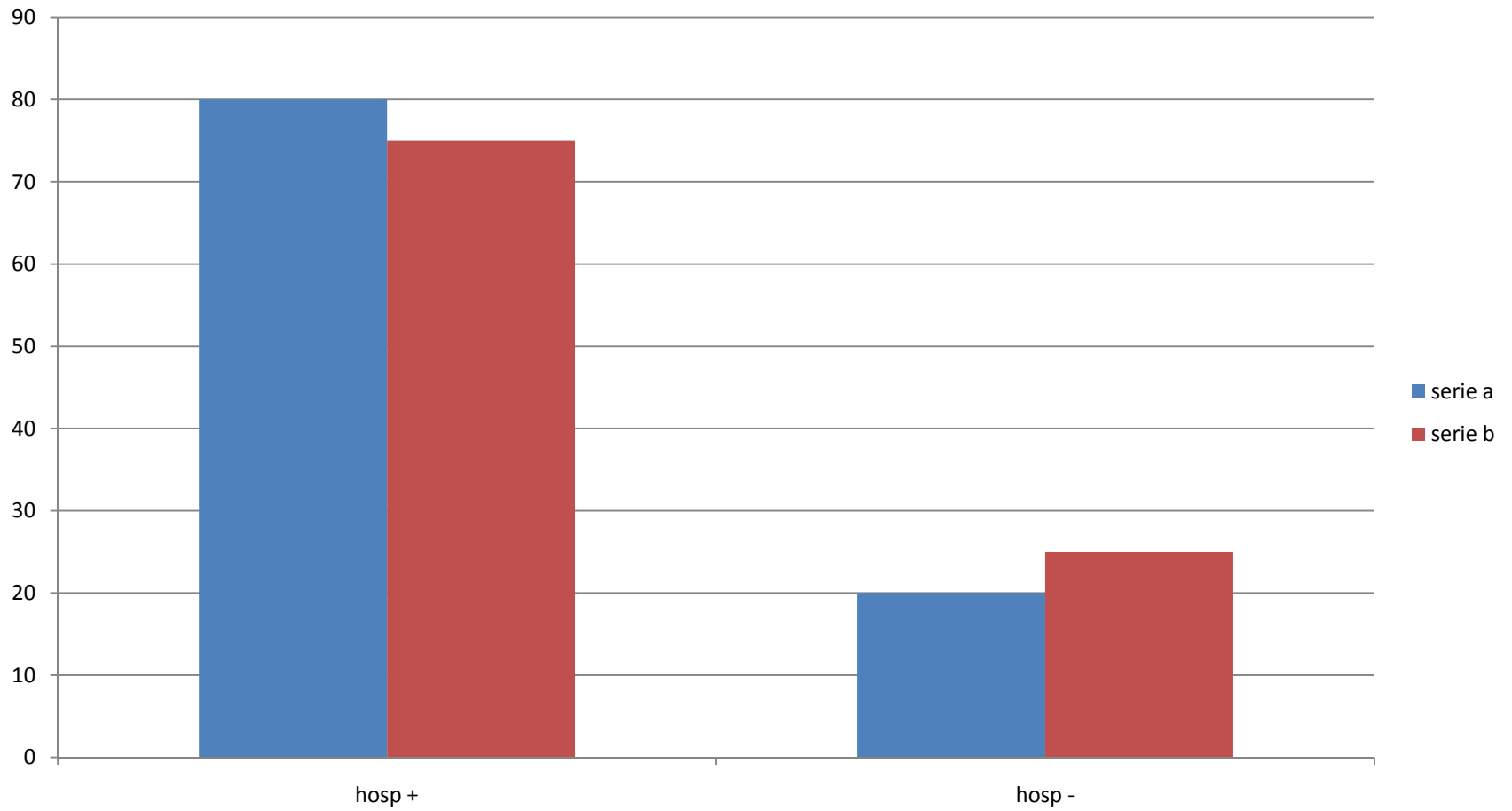
# Mode de placement



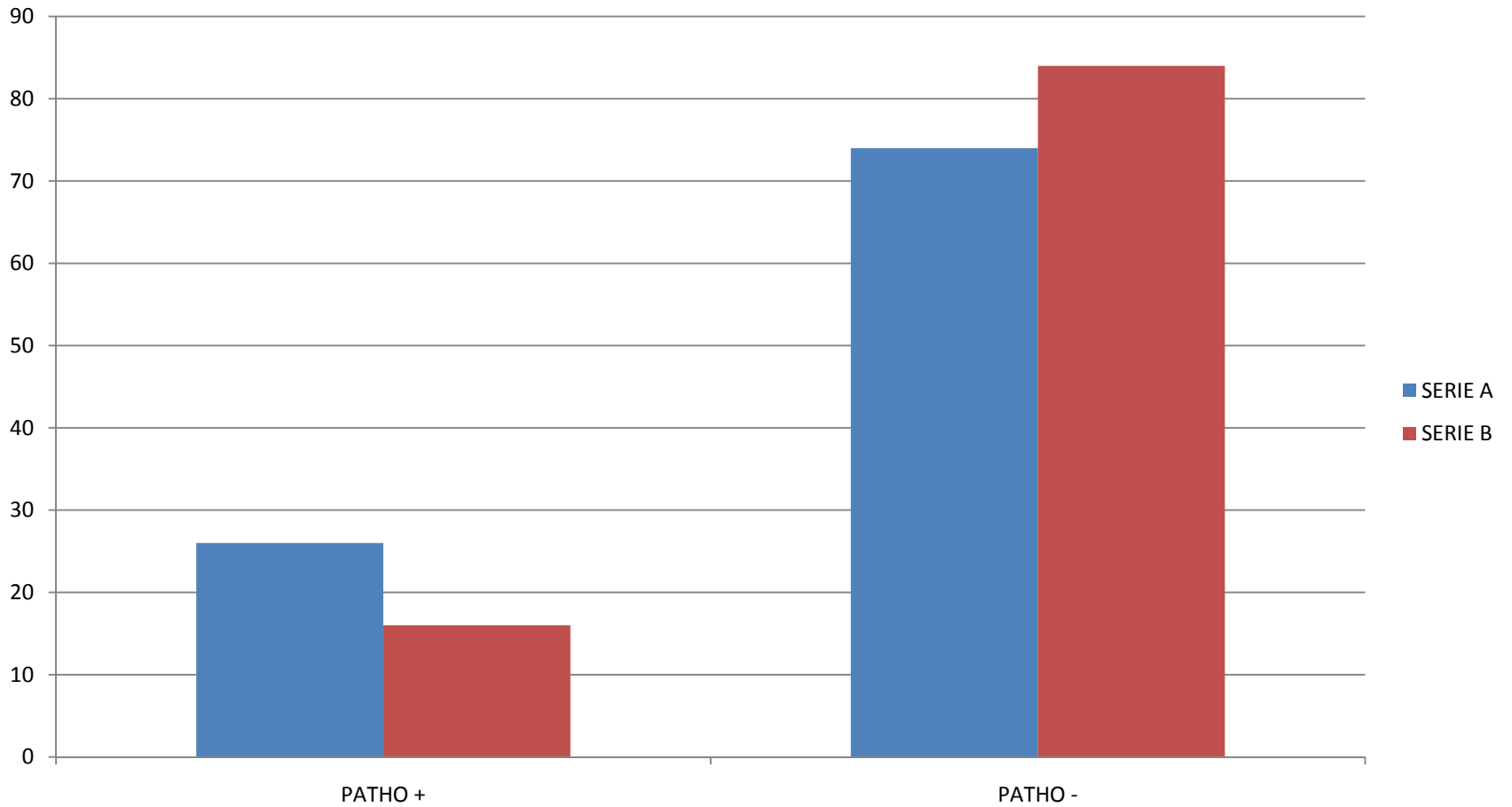
# Motif de l'hospitalisation



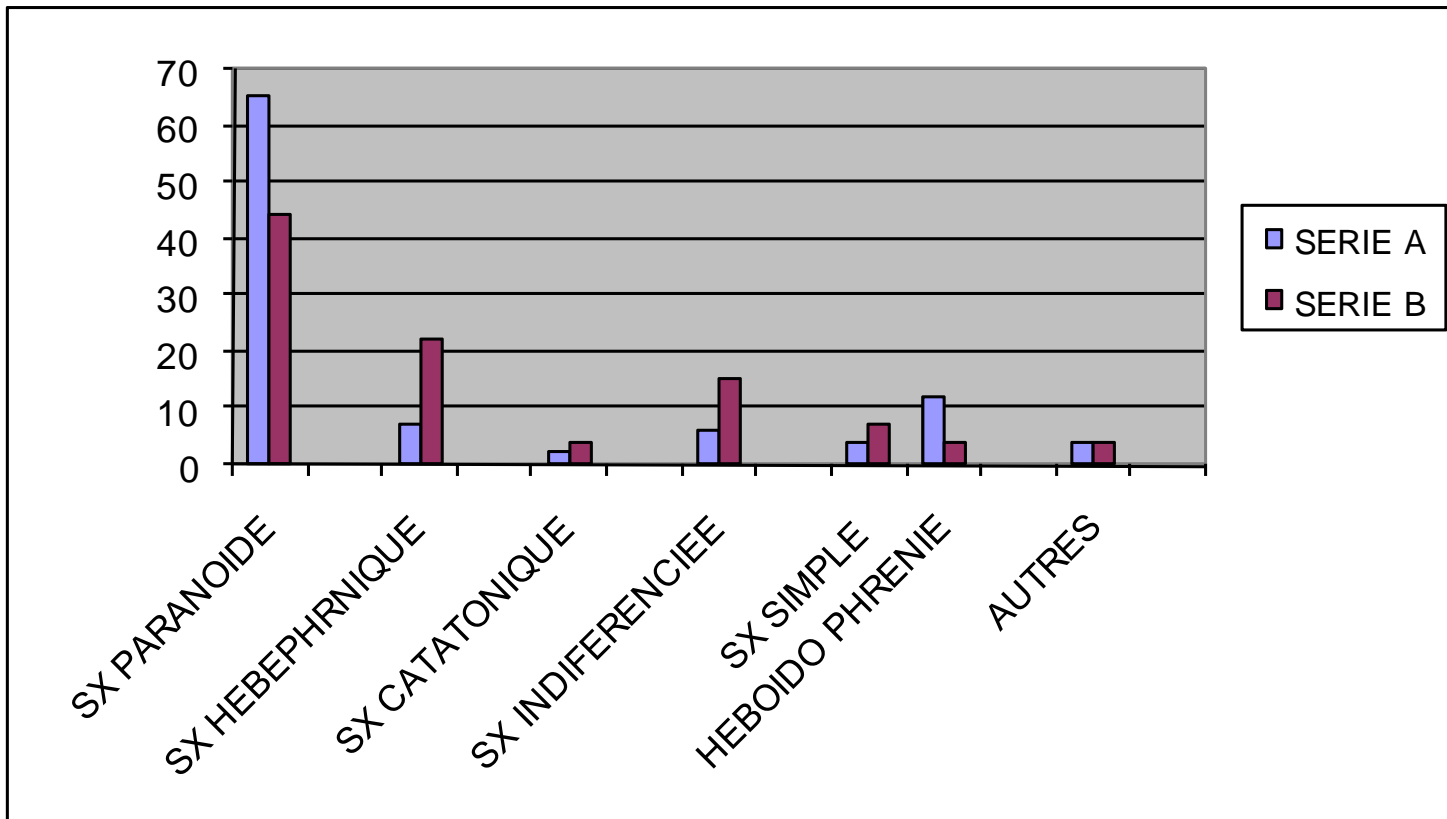
# Hospitalisation antérieures



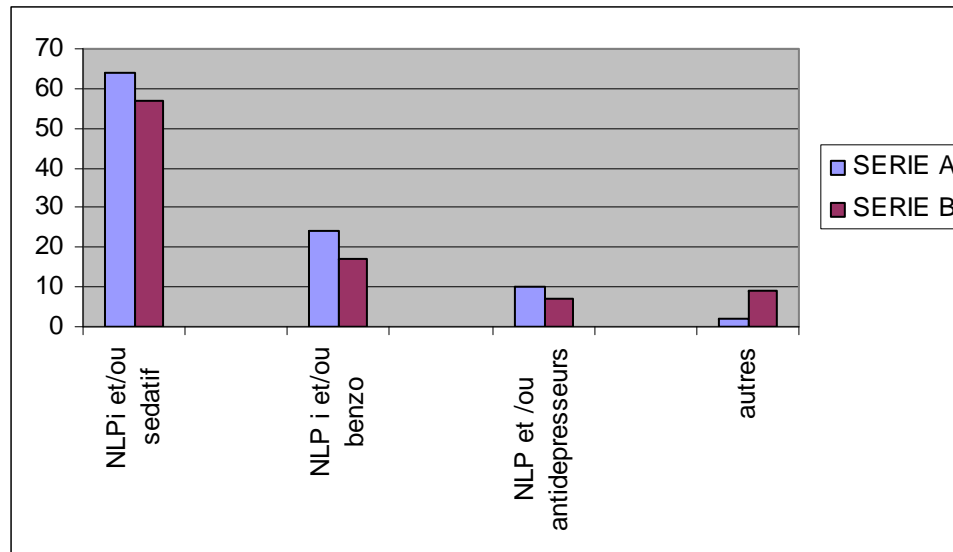
# Pathologie somatique



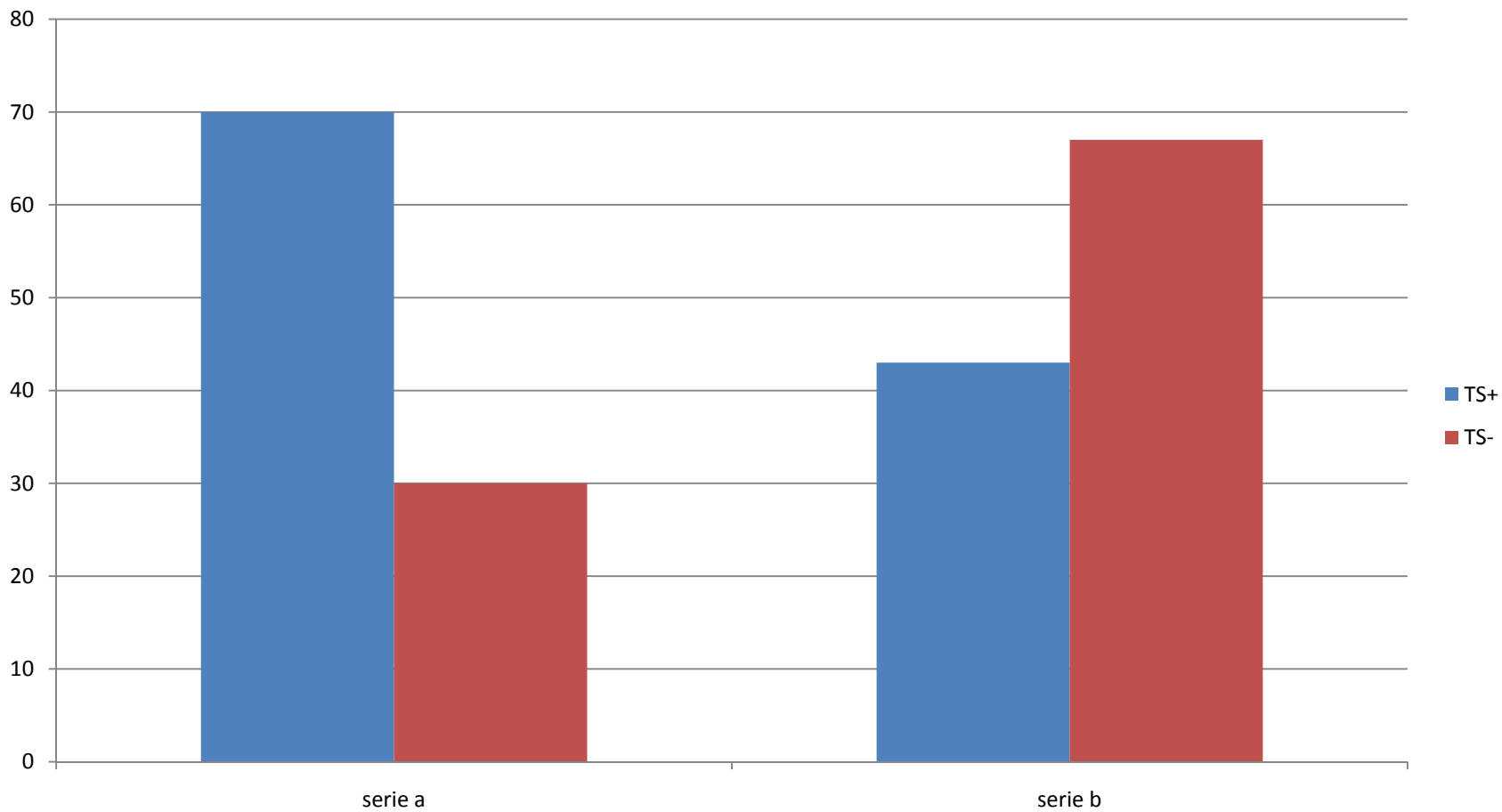
# Dg PSYCHIATRIQUE



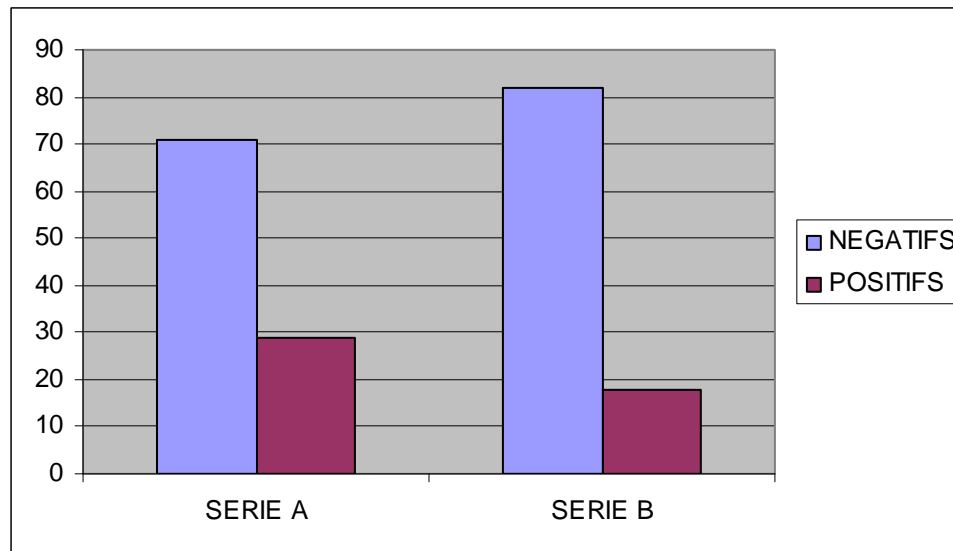
# *TRAITEMENTS SUBIS:*



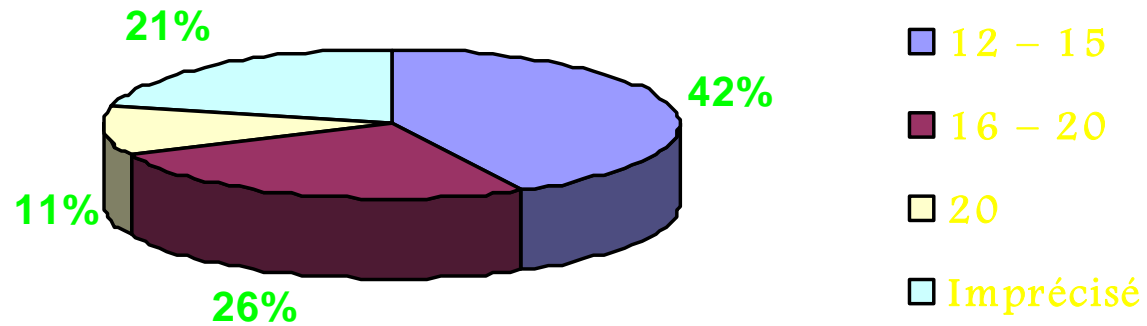
# *ANTÉCÉDENTS DE TS:*



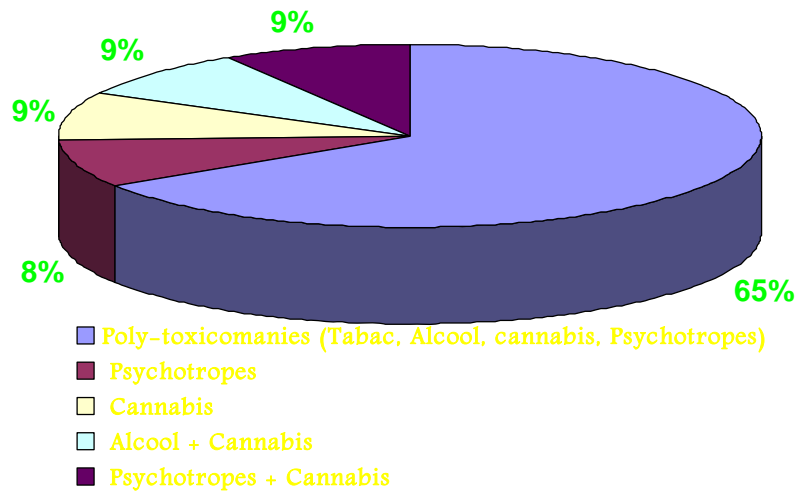
# *ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES ET / OU CARCÉRAUX*



# AGE DE LA 1ere PRISE



# LES SUBSTANCES UTILISÉES



## *Chez le schizophrène toxicomane*

- Le délai entre la *1ère prise et l'apparition des troubles psychotiques varie de 1 à plusieurs années (10)*

-Tous les patients (schizophrènes connus et déjà traités) sont admis pour des *troubles psychotiques (délirants et hallucinatoires)*, avec *notion de prise excessive de drogue a distance de l'admission:*

*Hospitalisations antérieures ++++ (non compliance TRT)*

## **CONCLUSION: (échantillon peu représentatif )**

*Le patient schizophrène (abuseur ou dépendant aux substances psycho-actives), hospitalisé en institution psychiatrique est un jeune:*

- ✓ **Age de 16 à 25 ans**
- ✓ **Célibataire, sans profession**
- ✓ **Ayant un niveau d'étude moyen**
- ✓ **Un niveau socio économique bas**
- ✓ **avec Co morbidité somatique**

- ✓ **Hospitalise le (+) SVT sur un mode coercitif**
- ✓ **Soit pour des *troubles graves du CPT* (agressivité, rixe), ou une exacerbation de la symptomatologie *psychotique*.**
- ✓ **Les drogues sont utilisées pour *contrecarrer leur anxiété, une dépression ou des difficultés psychosociales*.**
- ✓ **L'âge de la 1ere prise varie entre 12 et 15 ans**

✓ **La toxicomanie chez le schizophrène :**

**semble être un facteur de rechute fréquentes,**

***de déclenchement de réactions agressives ou  
suicidaires***

***et de non compliance thérapeutique.***

✓ ***Le traitement de l'usage de la substance doit être un axe thérapeutique majeur *parallèlement* à la prise en charge de la schizophrénie.***

***Il serait intéressant de développer des structures adaptés pour les traitements intégrés pour la cooccurrence de la toxicomanie et des troubles mentaux.***