

Prise en charge des patients «double diagnostic» : comment sortir du carrousel institutionnel ?

J. Gaillard Wasser D. Dunker Scheuner R.
Gammeter J.-B. Daeppen

Rev Med Suisse 2005;
volume 1. 30505

Résumé

L'abus de substances concerne environ un quart des patients psychiatriques et cela pose des problèmes thérapeutiques. Notre revue de littérature montre qu'entre les modèles de prise en charge en parallèle, séquentiel ou intégré, c'est ce dernier qui est le plus efficace en termes de diminution des symptômes, des hospitalisations et de la criminalité, avec une amélioration de la qualité de vie de ces patients. Ce programme intégré est développé par une équipe hospitalo-ambulatoire qui est chargée de dépister, d'évaluer la clinique, la motivation et le fonctionnement psychosocial des patients, puis de proposer des traitements adaptés en fonction des pathologies et du contexte. Un référent, case manager du patient, sera garant du projet thérapeutique au long cours.

INTRODUCTION

L'abus de substances est très fréquent parmi les patients psychiatriques.¹ La prévalence de cette comorbidité varie entre 16% et 36% selon les études.² Les produits peuvent être utilisés comme une automédication par le patient souffrant de troubles psychiatriques.³ Par ailleurs, les patients dépendant d'alcool et de drogues développent ou aggravent une symptomatologie psychiatrique parfois aiguë et bruyante⁴ et l'adhérence au traitement est problématique.⁵ De plus, ces patients présentant des troubles concomitants utilisent fréquemment les services médicaux et sociaux, sont très instables du point de vue de l'hébergement et adoptent plus régulièrement des comportements criminels ou violents.⁶

Nous retrouvons très souvent ce problème dans notre pratique avec une difficulté de prise en charge avec le réseau médico-social actuel. En effet, les patients sont traités spécifiquement pour l'une ou l'autre de leur pathologie en priorité, la seconde pathologie étant reléguée au second plan. Cette manière de faire conduit les patients à des errances, des échecs thérapeutiques et les équipes de soignants s'épuisent.⁷

Ce constat a motivé notre réflexion pour évaluer et optimiser les actions en présence afin de proposer un programme thérapeutique efficace, comme en témoigne la revue de littérature ci-après.

REVUE DE LITTÉRATURE

Modèles de suivi des différentes pathologies

La littérature décrit trois modèles pour la prise en charge de patients présentant des troubles concomitants :

* Le modèle «séquentiel» où le patient est soumis à une condition préalable pour la prise en charge dans un service avant d'accéder au traitement de l'autre pathologie.

* Le modèle «en parallèle» implique un traitement simultané des différentes pathologies par des services spécialisés qui n'ont pas de communication directe entre eux.

* Le modèle «intégré» suppose que le traitement des deux pathologies est conduit en même temps, par une seule équipe spécialisée dans chacune des problématiques et travaillant de manière coordonnée, avec un référent à long terme style case manager.⁸

Au niveau du contenu, les programmes de prise en charge tiennent compte du stade de préparation au changement⁹ et proposent des approches adaptées à chaque étape : réduction des risques,^{10,11} soutien psychosocial, entretien motivationnel,¹⁰ groupes de soutien et groupes d'entraide (Alcooliques anonymes, Narcotiques anonymes), ainsi que thérapies cognitivo-comportementales. L'approche varie selon le type de problème psychiatrique rencontré ; par exemple Santé Canada considère quatre catégories de diagnostics psychiatriques (troubles d'humeur et d'anxiété, troubles mentaux sévères et persistants, troubles de la personnalité et troubles de l'alimentation) et propose une approche

spécialisée pour les problèmes d'alcool et d'abus de substances pour chacune de ces catégories.¹¹ Une équipe «double diagnostic» qui fonctionne de façon transverse entre les services spécialisés pour les problèmes d'alcool et d'abus de substances et les services psychiatriques, semble préférable à un service spécialisé qui pourrait doubler une prestation déjà existante.⁸ Au sein de cette équipe, une prise en charge par référence ou case management permet de garantir l'unicité du traitement entre les services spécialisés et de proposer au patient la possibilité d'un investissement relationnel au long cours. Par ailleurs, l'équipe spécialisée dans les troubles concomitants doit pouvoir contribuer à la formation des services spécialisés, notamment pour le dépistage.

Evaluation des programmes

Les études d'évaluation mettent en évidence une efficacité en termes de réduction des symptômes, diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, baisse de la criminalité et des problèmes judiciaires, et relèvent une amélioration tangible de la qualité de vie de ces patients.⁸

VIGNETTE CLINIQUE : LE CARROUSEL INSTITUTIONNEL

Xavier, né en 1978 d'un couple divorcé, présente des troubles concomitants avec, depuis 1998, une polytoxicomanie à l'héroïne et à la cocaïne, une dépendance à l'alcool et des troubles psychiatriques (personnalité borderline type impulsif et troubles dépressifs récurrents) associés à une hépatite C et une sérologie VIH positive. Suite à une enfance vécue douloureusement chez son père remarié, Xavier finit un apprentissage de peintre en bâtiment sans réussir l'examen du CFC. Après un traitement substitutif de méthadone dès 1999 auprès de son médecin généraliste, Xavier fait en 2000 une première cure de sevrage en alcoologie, suivie d'un séjour de postcure de plusieurs mois. En 2002, Xavier demande un sevrage et une postcure dans un deuxième milieu institutionnel pour polytoxicomanes. Il y reste cinq mois, puis dans un mouvement impulsif, quitte l'institution. Xavier se retrouve à la rue, avec arrêt brutal de sa cure de méthadone. Il se réfugie chez sa mère et rechute lourdement. L'été 2002 est ponctué de très nombreux séjours à l'hôpital psychiatrique dans des moments de crise, de troubles dépressifs, d'impulsivité et de conflictualité avec sa mère. Il bénéficie d'une prise en charge dans la section des troubles de la personnalité avec contrat d'hospitalisations courtes et entrée facilitée sur simple appel téléphonique. En septembre, un jugement pénal avec art. 44 motive Xavier pour un nouveau sevrage suivi d'un troisième séjour institutionnel de postcure qui durera quatre mois avant une rechute. Le suivi ambulatoire est repris mais devient de plus en plus chaotique. Le ballet des hospitalisations itératives en psychiatrie en situation de crise reprend. Cependant, Xavier est interpellé par la police et incarcéré suite à des rixes sur la voie publique. Le cadre strict de l'institution pénitentiaire pendant un an avec suivi psychiatrique calme le jeu des consommations abusives. Mais au printemps 2004, dès sa sortie, Xavier rechute rapidement et met en échec tout projet. Il fait des demandes d'aide aux différentes portes d'entrée des réseaux alcool et toxicomanie de manière parfois bruyante et désagréable. Lors d'une hospitalisation de crise en psychiatrie, l'ensemble du réseau se réunit pour partager les informations et décider d'une conduite commune à tenir. Un référent case manager est nommé. Sans travail, Xavier bénéficie de l'aide sociale : une demande AI est proposée. L'importance du suivi en réseau s'impose à l'évidence pour faire le point, garantir le projet thérapeutique et coordonner les efforts afin d'éviter de retomber dans le carrousel infernal d'institutions en institutions...

DISCUSSION

Cette histoire de vie permet de mettre en évidence les difficultés de la prise en charge actuelle de ces patients présentant de nombreux troubles concomitants, prise en charge difficile autant pour les patients que pour les intervenants.

Les nombreuses portes d'entrée (alcool, toxicomanie, maladie mentale, maladie somatique) rendent la cohérence thérapeutique difficile. Le patient donne des informations partielles pour obtenir, soit un médicament, soit un traitement hospitalier ou institutionnel plus ou moins dans l'urgence, sans passer forcément par l'élaboration d'un projet global au long cours.

Dans le cas cité plus haut, le manque de coordination entre les thérapeutes et les ruptures de cadre du patient ont été ponctués de rechutes graves et d'une dérive psychosociale avec conduites à risque et mise en danger de la vie du patient.

Le rôle d'un référent au long cours (style case manager) pouvant assurer le relais de la prise en charge lors des crises et des ruptures avec les institutions sollicitées, s'avère garant du suivi et du projet thérapeutique. Ce référent doit pouvoir assurer une liaison permanente avec les différents intervenants du réseau et disposer d'un lieu d'accueil d'urgence en cas de crise grave. En l'occurrence ici, c'est l'hôpital psychiatrique, service des troubles de la personnalité, qui a permis cet accueil. Cependant, le traitement des troubles psychiatriques était souvent mis en échec par l'abus des substances, d'où un effet ping-pong entre les différentes institutions et les appels multiples de la part du patient qui se désespère et s'épuise. Les équipes soignantes spécialisées, de leur côté, ne se sentent pas porteuses du projet thérapeutique pour ces patients

bruyants et intempérants, aux nombreuses rechutes, qui ne sont pas aptes à suivre leur programme spécialisé et adapté à une pathologie précise. Par ailleurs, les besoins psychosociaux des personnes avec multiples comorbidités sont considérables. Des questions, comme le logement, le revenu, le projet professionnel, peuvent perturber sévèrement les intentions de régler le problème de dépendance ou d'autres aspects de la pathologie. Les proches ou les foyers résidentiels accueillant ce type de patients ont besoin de s'appuyer sur une équipe cohérente et unifiée, et souffrent de devoir faire appel successivement aux différents intervenants dispersés.

Dans ce contexte, et sur la base de la littérature, la nécessité d'un programme intégré hospitalo-ambulatoire avec approche communautaire s'est imposée à notre réflexion. Ce programme nécessite un personnel qualifié et formé spécifiquement, avec un concept théorique commun, pour la prise en charge de ces patients particuliers. Pour les patients dépendants et ambivalents, l'approche basée sur l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick^{12,14} apporte une réelle aisance dans la prise en charge.

«EN PRATIQUE...»

Ce programme intégré doit mettre en place un système de dépistage, d'évaluation clinique et des propositions de traitement adaptées.¹³

Le dépistage devrait utiliser des échelles facilement accessibles pour les différents membres d'une équipe multidisciplinaire. Aux personnes demandant de l'aide à plusieurs points d'entrée dans le réseau de soins, un bref protocole de dépistage pourrait être proposé avec un questionnaire d'autoévaluation comme l'AUDIT.¹⁵

L'évaluation clinique nécessite l'utilisation de critères diagnostiques précis comme le DSM-IV ou la CIM-10. Des évaluations médico-psychiatriques successives en fonction de la baisse de la consommation sont nécessaires pour déterminer l'existence d'un trouble mental préexistant ou induit par la consommation.¹⁶

L'évaluation de la motivation au changement permet de mieux adapter le projet thérapeutique au stade de préparation au changement du patient. D'après Miller et Rollnick,¹² le changement nécessite trois composantes simultanées pour être opérant ; premièrement, il faut que le patient y accorde de l'importance :

* «A quel point est-ce important pour vous de faire quelque chose par rapport à votre consommation de substance ?»

Deuxièmement, il doit avoir confiance dans ses capacités à réaliser le changement :

* «A quel point avez-vous confiance dans vos capacités à changer ?»

Troisièmement le changement doit représenter une priorité pour lui :

* «A quel point est-ce une question de priorité pour vous maintenant ?»

Pour cela, on peut s'aider d'échelles visuelles analogiques (figure 1). L'investigateur demande au patient de se positionner sur une échelle entre 0 et 10, en répondant à chacune des trois questions ci-dessus. Si le patient, par exemple, répond 8 à l'échelle d'importance, l'investigateur lui demandera : «Pourquoi 8 et pas 6 ?», ce qui permettra de faire ressortir ses ressources motivationnelles. Par contre, si le patient se situe à 6, par exemple, sur l'échelle de confiance, l'investigateur lui demandera : «Pourquoi 6 et pas 8 ?», pour faire ressortir ce qui lui manque dans ses capacités de réaliser le changement.

Enfin, l'évaluation du fonctionnement psychosocial (échelle GAF¹⁷ ou EGF, RAP¹⁸) est une étape indispensable pour l'efficacité de la prise en charge globale du patient.

Les propositions de traitement adapté dépendent des comorbidités en présence. Des catégories peuvent être élaborées avec des programmes spécifiques.¹³ Ces traitements doivent prendre en compte les aspects médicaux, psychothérapeutiques et sociaux, et assurer un soutien régulier et constant, axé sur la prévention de la rechute¹⁹ et/ou la réduction des risques.^{10,11}

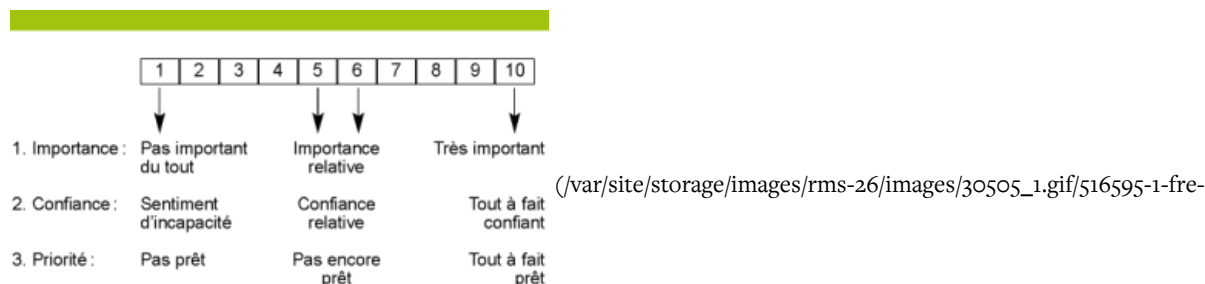


Figure 1. Echelle visuelle analogique

SYNTHÈSE : PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

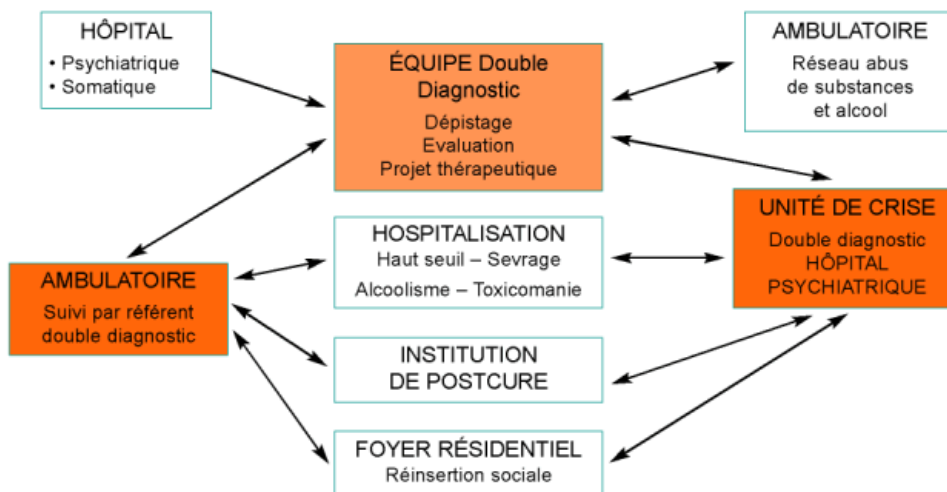
Cette prise en charge intégrée nécessite une structure qui doit privilégier le travail sur la crise et le développement de la liaison entre les partenaires du réseau.

Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire dotée de médecins, infirmiers (en hospitalier et ambulatoire), assistants sociaux, psychologues, basée dans une unité hospitalière avec mission de liaison entre les différentes unités hospitalières et ambulatoires.

La fonction de cette unité hospitalière est d'établir un bilan clinique et social, et d'élaborer ou d'adapter un projet thérapeutique, voire socio-éducatif en partenariat avec les référents et unités hospitalo-ambulatoires déjà en place.

Après le dépistage et le bilan, le suivi du patient est organisé et optimisé par un référent type case manager. Sur un mode motivationnel selon Miller et Rollnick,¹² il aide le patient dans son projet thérapeutique et clarifie la situation sociale (recherche éventuelle de lieu de vie ou activités occupationnelles).

C'est durant la période de bilan qu'est posée ou non l'indication pour un sevrage dans des unités «haut seuil» avec possibilité de projet de postcure (figure 2).



(/var/site/storage/images/rms-

Figure 2. Schéma décisionnel

26/images/30505_2.gif/516601-1-fre-CH/30505_2.gif_i1140.gif)

CONCLUSIONS

Les patients présentant des troubles associant une dépendance à une autre pathologie psychiatrique ou double diagnostic représentent environ un tiers des patients psychiatriques et nécessitent une prise en charge spécifique. Le modèle «intégré» permettant de considérer les différents troubles de manière simultanée, avec des programmes spécifiques selon les troubles et pathologies en présence, semble le plus efficace, selon la littérature, en termes d'amélioration clinique et de stabilité sociale. Ce modèle nécessite une équipe thérapeutique multidisciplinaire spécifiquement formée, avec une mission de liaison envers les autres unités de prise en charge spécialisée, basée dans une unité de crise hospitalière, plateforme de référence qui garantit la mise en place des programmes spécifiques.

Bibliographie

- 1 Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, et al. Prevalence of substance misuse in first episode psychosis. Br J Psychiatry 1999;174:150-3.
- 2 Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. JAMA 1990;264:2511-8.
- 3 Kranzler HR, Rosenthal RN. Dual diagnosis : Alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. Am J Addict 2003;12(Suppl. 1):S26-S40.
- 4 Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C. Borderline personality disorder and substance use disorders : A review and integration. Clin Psychol Rev

2000;20:235-53.

- 5 * Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with co-morbid psychiatric disorders. *Alcohol Res Health* 1999;23: 144-9.
- 6 Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:42-51.
- 7 Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Br J Psychiatry* 1996; 168:612-9.
- 8 Department of Health of the United Kingdom. *Mental Health Policy Implementation Guide : Dual Diagnosis Good Practice Guidance*. London : Department of Health, 2002.
- 9 Prochaska JO, Di Clemente CC. *The transtheoretical approach : Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood (IL) : Dow Jones-Irwin, 1984.
- 10 Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;183:418-26.
- 11 Sitharthan T, Singh S, Kranitis P, et al. Integrated drug and alcohol intervention : Development of an opportunistic intervention program to reduce alcohol and other substances among psychiatric patients. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:676-83.
- 12 ** Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing : Preparing people for change*. 2nd ed. New York : The Guilford Press, 1991.
- 13 Santé Canada. *Meilleures Pratiques. Alcoolisme et Toxicomanie : Traitement et réadaptation*. Ottawa : Ministère de travaux publics et services gouvernementaux ; 1999. Rapport No H39-438/1998F.
- 14 * Gammeter R, Daepfen J-B. L'entretien motivationnel au cabinet médical applications à la pratique alcoologique. *Med Hyg* 2003;61:1430-2.
- 15 Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Addiction* 1993;88:791-804.
- 16 * Thonney J, Gammeter R. Alcool : problèmes psychiatriques courants. «La boîte à outils du praticien». *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:415-8.
- 17 Endicott J, Spitzer RL, Flies JH, Cohen J. The Global Assessment Scale : A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-71.
- 18 Besson J. *Le questionnaire RAP (Rapid Addiction Profile)*. Lausanne : Division d'abus de substances, 2001.
- 19 Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse Prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York : The Guilford Press, 1985.

* à lire

** à lire absolument

Contact auteur(s)

Dr Joëlle Gaillard Wasser
Hôpital de Cery, STP
Mme Daniela Dunker Scheuner, psychologue FSP
Clinique d'alcoologie Tamaris
Site de Cery, 1008 Prilly
joelle.gaillard@hospvd.ch
Daniela.Dunker-Scheuner@chuv.ch
Drs Roland Gammeter et
Jean-Bernard Daepfen
Centre de traitement en alcoologie (CTA)
CHUV
Mont-Paisible 16
1011 Lausanne
roland.gammeter@hospvd.ch
jean-bernard.daepfen@chuv.ch