

Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux

Louise Nadeau

Volume 26, numéro 2, automne 2001

Les doubles diagnostics

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014523ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014523ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Nadeau, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 7–21. <https://doi.org/10.7202/014523ar>



Éditorial

Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux

Louise Nadeau*

Les « malades mentaux », les alcooliques et les toxicomanes ont été et sont encore considérés par plusieurs comme des populations distinctes et ils sont traités dans des systèmes distincts. Au Québec, cette structure bicéphale a eu comme conséquence d'engendrer deux cultures isolées l'une de l'autre. Les patients qui souffrent d'une cooccurrence de troubles liés aux substances et d'autres troubles mentaux ont et continuent de faire les frais de ces deux solitudes. Lors de récents *focus groups*, des patients ont décrit leur expérience dans les services de santé mentale du Québec. Lorsqu'ils ont choisi de révéler leur consommation abusive dans certains services de santé mentale, ils avaient été blâmés, sinon exclus de ces services : il leur fallait retrouver une consommation non problématique avant de pouvoir recevoir des services. Lorsqu'ils avaient choisi de révéler l'intensité de leur détresse psychologique et de leurs symptômes cliniques dans certains services de toxicomanie, on leur a dit que seuls leur alcoolisme et leur toxicomanie étaient importants et que leur souffrance disparaîtrait avec l'abstinence (Alarie, 2001). Ce numéro thématique de *Santé mentale au Québec* a pour objet de faire l'état de la situation relativement à la cooccurrence des troubles liés aux substances et des autres troubles mentaux et de proposer de meilleures pratiques cliniques pour le traitement de ces patients.

La cooccurrence de troubles mentaux constitue la pierre d'achoppement dans les services pour toxicomanie¹ et de santé mentale. Ce phénomène est perçu par plusieurs intervenants en santé mentale et en toxicomanie comme la question d'avenir pour le traitement de l'ensemble des troubles mentaux. L'importance accordée à la comorbidité repose sur la constatation de la prévalence élevée du phénomène. Il ne

* L'auteure, Ph.D., est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheure au RISQ et au CIRASST.

s'agit pas d'un phénomène exceptionnel chez les patients dans les services de santé mentale et de toxicomanie. De fait, c'est la règle plutôt que l'exception. On ne peut exclure que les intervenants prennent acte de la comorbidité, comme le révèlent les propos des patients des focus groups. Cependant, ils choisissent le plus souvent comme cible thérapeutique un seul problème, celui pour lequel le service s'est spécialisé et pour lequel ils ont développé une expertise. C'est vraisemblablement par un sentiment d'incompétence plutôt que par mauvaise foi que les autres volets du tableau clinique sont balayés sous le tapis.

Le clivage actuel entre psychiatrie et toxicomanie est structurel et ne facilite ni la communication entre intervenants ni l'acquisition de compétences nouvelles. Au Québec, il est la conséquence de la Loi sur la santé et les services sociaux de 1971 et du démantèlement de l'Office de prévention et de Traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies — l'OPTAT —, qui a eu lieu en 1975. À cette date, le Ministère des Affaires sociales, l'ancêtre du Ministère de la Santé et des Services sociaux actuel, a adopté une approche psychosociale de la toxicomanie et le service de toxicomanie relève depuis lors de la réadaptation. Ce sont des spécialistes en sciences humaines qui occupent les postes de direction dans les centres de réadaptation publics tandis que les médecins ont été relégués au second plan (Brisson, 2000). Les services de psychiatrie continuent, par ailleurs, de relever des services médicaux et du système hospitalier. Cette division a eu comme conséquence la création de deux structures bicéphales et d'engendrer deux cultures isolées l'une de l'autre. Les patients qui souffrent d'une cooccurrence de troubles liés aux substances et d'autres troubles mentaux ont et continuent de faire les frais de ces deux solitudes que sont, au Québec, les services de santé mentale et ceux en toxicomanie. En filigrane de ce numéro spécial, il faut lire que les pratiques proposées dans ce numéro sont le fruit d'un travail multidisciplinaire dans lequel les spécialistes de diverses disciplines ont uni leurs efforts pour répondre aux besoins de leurs patients.

Force est de constater que la co-morbidité comporte des effets négatifs tant sur la persistance en traitement (Clopton et al., 1993 ; Kosten et al., 1989 ; Landry et al., 2000 ; McLellan et al., 1993 ; Racine et Nadeau, 1995 ; Stark, 1992 ; Verheul et al., 1998) que sur l'efficacité des traitements offerts (Hasin et al., 1988 ; McLellan et al., 1983 ; Rounsaville et al., 1987). Ces patients quittent le traitement prématurément et ont de la difficulté à s'engager dans un processus de changement ainsi qu'à établir une alliance thérapeutique (Brown et al., 1999 ; Gill et al., 1992 ; Luborsky et al., 1985 ; Mercer et al., 1997 ; Verheul et al., 1998 et 2000). En somme, le traitement leur est moins bénéfique. Or, cet effet

mitigé du traitement n'est pas seulement la conséquence de ce que leur tableau clinique est plus grave et que les cibles du traitement sont trop restreintes, mais de ce que chacun des troubles, comme dans toute relation synergique, fait tâche d'huile dans tout l'état mental. Pour assurer une amélioration persistante, il est nécessaire que toutes les sources de souffrance ou d'inadaptation soient traitées comme, pour une maladie infectieuse, tous les foyers d'infection.

Définitions

Dans ce numéro et dans la documentation scientifique relative à cette question, la co-morbidité est la présence, chez une même personne ou chez un groupe de personnes, d'une combinaison des problèmes mentaux ou psychiatriques en association avec un mode de consommation inadapté d'alcool ou de drogues. Les premiers travaux utilisaient le vocable de « double diagnostic ». Cependant, à l'évidence, il est plus utile de penser ces problèmes en terme de pluralité qu'en terme de dualité. Comme le révèlent les articles dans ce numéro, la plupart des patients mis en cause prennent non pas une mais plusieurs substances ; ils présentent le plus souvent non pas un mais plusieurs troubles mentaux ; ils vivent non pas un mais plusieurs problèmes de fonctionnement ou d'adaptation qui sont reliés à leur pauvreté, à leur marginalité ou à leur difficulté à entrer en relation avec les autres. Dans un autre travail (Rush et al., 2001), nous avons préféré le terme cooccurrence des troubles mentaux pour signaler l'interaction entre l'usage abusif de substances et les troubles mentaux.

La cooccurrence de troubles mentaux et des troubles liés aux substances n'est pas la juxtaposition de plusieurs pathologies mentales, mais bien une intégration de plusieurs troubles. Lors de la passation d'exams psychiatriques, on cherche précisément à distinguer les troubles les uns des autres. Les évaluations qui se font mécaniquement par ordinateur et qui additionnent les critères diagnostiques jusqu'à ce que l'algorithme qui constitue un diagnostic soit constitué ont permis non seulement d'établir des diagnostics standardisés mais de constituer des tableaux de cumul de diagnostics. Cette spécificité clinique est utile, mais ne devrait pas faire perdre de vue que ce qui est additif pour un programme d'ordinateur reste, chez la personne, un tout organique en synergie. Les patients qui ont à la fois un problème d'alcool et de dépression ont le goût de mourir et leur risque de passage à l'acte suicidaire est accru lors d'ivresses aiguës (Murphy, 1992). Le patient schizophrène qui vit mal un stress et qui décide de consommer ce qu'il peut se procurer dans la rue vit une véritable décompensation, même si elle est imputable à la prise de

drogues. Et tous, sous l'effet de ces produits, sont plus difficiles à rejoindre que lorsqu'ils n'ont pas consommé de substances psychoactives. Qui dit cooccurrence de troubles mentaux dit un jeu d'interactions intimes entre les effets des substances et les caractéristiques des autres troubles mentaux qui font partie du tableau clinique.

Il peut être utile de rappeler que le cerveau constitue un tout intégré. Un trouble mental se caractérise notamment par une difficulté à régulariser l'humeur. Les médicaments psychotropes qui sont prescrits pour les troubles mentaux ont d'ailleurs pour objet la régulation de l'humeur du patient. Or, l'alcool et les autres drogues sont consommés afin d'altérer — souvent d'améliorer — l'humeur. Il y a donc, lors de la prise de substances par un sujet qui souffre déjà d'une pathologie mentale, un jeu de chassé-croisé qui met à mal les ensembles neuronaux responsables de la régulation de l'humeur. Les sites de dysfonctionnement responsables des troubles mentaux sont les mêmes ensembles neuronaux qui sont les cibles de la médication psychotrope. Or, ces mêmes ensembles neuronaux sont aussi les récepteurs-clé de l'alcool et des autres drogues. Par exemple, l'alcool a des effets sur l'action de plusieurs neurotransmetteurs dont la dopamine, produisant une action excitatrice, et le GABA, produisant une action inhibitrice (Altman et al, 1996 ; voir aussi Barbeau et al., 2000, Richard et Senon, 1999). D'un point de vue physiologique, la consommation inadaptée affecte directement les ensembles neuronaux dans la mesure où l'alcool et les drogues interfèrent dans les différentes étapes du traitement cérébral de l'information. La consommation inadaptée vient donc affecter la structure même des syndromes cliniques et devient partie intégrale du tableau clinique. La toxicomanie n'est pas un appendice qu'on rajoute au tableau clinique, tel un autre code de la classification nosologique qui s'ajoute aux autres, mais un élément dynamique de ce tableau qui vient altérer les manifestations cliniques. On comprendra alors la nécessité d'un traitement intégré des troubles mentaux concomitants et pourquoi les auteurs du présent numéro y consacrent la meilleure partie de leur vie professionnelle.

La prévalence de la comorbidité

Les enquêtes d'épidémiologie psychiatrique ont permis d'évaluer les taux de prévalence de la comorbidité dans la population générale. Ces enquêtes utilisent soit le Diagnostic Interview Schedule ou DIS, soit le Composite International Diagnostic Interview ou CIDI. Dans l'étude américaine de Kessler et al. (1996) consacrée à la co-morbidité psychiatrique dans la population générale américaine et comprenant 8 098 participants, la prévalence de la comorbidité sous la forme de troubles liés

aux substances et d'un autre trouble mental chez la population âgée de 15 à 54 ans est de 29 % parmi les répondants qui présentaient un trouble lié à une substance au cours des derniers 12 mois. Parmi ceux-ci, 43 % rapportaient également un autre trouble mental tandis que, parmi ceux et celles qui présentaient un trouble mental, 15 % présentaient également un trouble lié aux substances. Au Canada, l'enquête d'épidémiologie psychiatrique de l'Ontario (Offord, 1999) a trouvé que 18,5 % de la population présentait une cooccurrence de troubles mentaux comprenant des troubles liés aux substances tandis que 55 % des participants qui présentaient un trouble lié à l'alcool à vie se qualifiaient également pour un autre trouble mental à vie. La présence d'un trouble mental constitue donc un risque accru pour la présence d'un trouble lié à l'alcool et inversement. Cependant, dans les deux études, le risque semble plus élevé pour ceux qui ont des troubles liés aux substances.

Dans les échantillons cliniques, les taux de problèmes liés aux substances sont plus nombreux que dans la population générale (Rach Beisel et al., 1999 ; Room, 1997). Les chiffres sont particulièrement éloquentes dans les services pour la toxicomanie. Dans l'enquête de Kessler et al. (1996) mentionné précédemment, parmi les cas qui rapportaient avoir utilisé des services pour addiction, 19 % présentaient seulement une dépendance à l'alcool alors que 41 % présentaient à la fois une comorbidité associée à la dépendance à l'alcool ; 26 % présentaient seulement une dépendance aux drogues alors que 63 % des cas présentaient à la fois une dépendance aux drogues et une comorbidité associée. Ross et al. (1999) ont observé des résultats comparables en Ontario et une analyse secondaire non publiée de l'enquête Santé Québec de 1987 signalait que les répondants qui avaient le nombre de problèmes liés à l'alcool le plus élevé (quatre et plus) rapportaient les pourcentages de traitement les plus élevés (Nadeau et al., 1997). Ce sont non seulement les cas les plus sévères de la population générale qui viennent en traitement mais ceux qui, dans la population générale, présentent la prévalence la plus élevée de comorbidité psychiatrique. Les personnes qui consultent dans les services de toxicomanie ou dans les services de santé mentale ne sont pas représentatives des cas identifiés dans la population en général. Ce sont les cas les plus sévères de la population générale qui viennent en traitement.

Pour les patients admis en traitement dans les services pour la toxicomanie, une revue de la documentation sur la comorbidité signale que le taux de comorbidité n'est jamais inférieur au tiers des sujets dans l'ensemble des études de prévalence qui ont utilisé des instruments diagnostiques standardisés (Penick et al., 1990). Au Québec, en 1991-1992,

pour 984 admissions au centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes Domrémy-Montréal, 33 % avaient déjà été traités pour des problèmes psychiatriques (Guyon et Landry, 1996). Les données sur trois centres de réadaptation (N = 2 148) (Laflamme-Cusson et al., 1994) indiquaient qu'au cours de leur vie, 75 % des femmes et 65 % des hommes avaient souffert d'anxiété et de tensions graves, 32 % des femmes et 26 % des hommes présentaient une dépression grave alors que 44 % des femmes et 36 % des hommes éprouvaient de la difficulté à se concentrer. Les données relatives aux troubles de la personnalité vont dans le même sens : les taux varient entre 53 % et 100 % (Cuffel, 1996 ; Craig et al., 1990 ; Dougherty et al., 1989 ; Marsh et al., 1988). Dans huit centres de réadaptation du Québec, ce taux atteint 88 % en utilisant le Millon Multiphasic Personality Inventory (Nadeau et al., 1999). On constate donc que les intervenants en toxicomanie sont le plus souvent aux prises avec des cas de cooccurrence de troubles mentaux.

En ce qui concerne les troubles mentaux graves et persistants (par exemple, la schizophrénie ou un trouble bipolaire), Mueser, Rouillard et al. ainsi que Vincent et al. ont procédé à un excellent état de la question pour ce numéro. Qu'il suffise de rappeler ici les résultats de la recension des enquêtes épidémiologiques américaines de Mercier et Beaucage (1997), elles concluent que, chez les alcooliques, la prévalence à vie de la schizophrénie est de l'ordre de 4,5 % à 6 % et, chez les toxicomanes, d'environ 7 %. En contrepartie, chez les patients schizophrènes, la prévalence à vie d'un trouble d'abus de substance est de 34 % pour l'alcool et de 28 % pour les drogues. Chez les patients bipolaires, la prévalence à vie d'un trouble relié à l'alcool est de 46 % et la prévalence de toxicomanie est de 41 %. Les taux de comorbidité sont donc particulièrement élevés chez les populations avec des troubles mentaux graves, particulièrement chez les personnes traitées en psychiatrie. Drake et al. (1991) de même que Kosten et Kleber (1988) estiment que de 30 à 50 % des patients psychiatriques seraient des cas de comorbidité. Suivant Cuffel (1996), on peut s'attendre à ce que la moitié des jeunes à leur premier épisode de schizophrénie ou de trouble bipolaire présentent ou développent un trouble relié à l'usage de substances.

Plusieurs conclusions s'imposent à la lecture de ces données. Tout d'abord, la présence d'un trouble mental augmente le risque de présenter un trouble lié à une substance et inversement. Ensuite, ce sont les personnes avec une comorbidité psychiatrique qui sont les plus susceptibles de consulter. Enfin, l'idée selon laquelle le traitement devrait prendre en compte l'ensemble du tableau clinique ne peut être une sim-

ple constatation théorique ; elle doit s'incarner concrètement dans des formes de traitement qui sont spécifiques aux troubles concomitants. C'est ainsi que ce numéro présente des exemples de traitement intégré auprès de patients qui présentent des troubles de l'humeur et de l'anxiété (Lejoyeux et Cardot), des troubles graves et persistants (Mueser ; Rouillard et al. ; Vincent et al.), des troubles de la personnalité (Duhamel et Lallemand ; McMain et al.). Ces auteurs décrivent combien, avec des populations cliniques différentes, il est utile et nécessaire de prendre en compte, de manière intégrée, les pathologies mentales concomitantes.

Les modèles étiologiques

L'intérêt pour la comorbidité n'est pas un phénomène récent. Le lien causal entre l'ivrognerie et la folie subséquence a été décrit aux États-Unis dans le texte fondateur de Rush (1790), qui date de 1785, au Royaume-Uni, dans les travaux de John Coakley Lettsom de 1787 et de Thomas Trotter de 1804 (voir : Porter, 1985 et Rix, 1978) et en France (Quétel, 1983) : l'alcool était vu comme provoquant la folie et la mort et cette formulation proposée dans le « thermomètre de l'intempérance » de Rush se retrouve intégralement dans la tradition des Alcooliques anonymes (« *seule l'abstinence protège contre la folie ou la mort* ») (Levine, 1978). Dans la pratique, en France, sous la monarchie, parmi ceux qui étaient soumis à un internement objet d'une sanction royale par une « lettre de cachet » demandée par leurs familles, il y avait une proportion substantielle d'ivrognes qui avaient été incarcérés vraisemblablement à cause de leurs conduites antisociales (Quétel, 1983). De fait, il y avait plus d'ivrognes à la Bastille en juillet 1789 que de prisonniers politiques. Par ailleurs, bien que les effets délétères de l'alcool sur la santé mentale aient été, à notre connaissance, historiquement mieux établis, l'association a également été faite en sens inverse. C'est ainsi qu'au Canada, en 1883, le surintendant du premier hôpital psychiatrique privé, le Homewood Retreat, précisait que l'on pouvait faire un usage abusif d'alcool « à cause de la souffrance », « *because there [was] pain* » (Krasnick-Warsh, 1989). Cette idée était proche de celle de la neurasthénie décrite par l'Américain George B. Beard (1881 voir aussi Krasnick-Warsh, 1988) qui permettait d'expliquer la détresse psychologique des personnes (surtout des femmes) des classes favorisées (par opposition à la dégénérescence morale mise de l'avant par le Français Morel, en 1857, qui visait les classes socio-économiquement faibles). En conséquence, si la violence et l'agitation des ivrognes devenus fous ont été interprétées comme une conséquence directe de leur état d'intoxication (et souvent de la chronicité de cet usage excessif), si la misère engendrée

par l'ivrognerie était au centre des préoccupations des mouvements de tempérance qui ont balayé tout le XIX^e siècle (Levine, 1983), si la consommation de spiritueux, surtout de l'absinthe, a marqué l'œuvre de l'école naturaliste française, *L'assommoir* d'Émile Zola (1877) étant considéré comme le roman phare du genre, les propriétés d'automédication de l'alcool et des opiacés visant à atténuer les détresses de toutes sortes ont également été reconnues. Ce sont ces idées qui ont dressé la scène pour les conceptualisations contemporaines de la cooccurrence de la toxicomanie et des troubles mentaux.

Ces deux explications étiologiques, celle des effets délétères des substances sur l'état mental et celle d'une automédication des troubles mentaux par les substances ont encore cours et trouvent l'une et l'autre des vérifications empiriques. Pour ceux qui privilégient la première hypothèse, la toxicomanie est avant tout un *processus* qui devrait être compris à travers les désordres neurophysiologiques que les substances engendrent. C'est ce que ce que Verheul et al. (2000) ont nommé *the substance-related artifact hypothesis* — une hypothèse relative aux effets pathogéniques de l'alcool. Les troubles mentaux qui accompagnent la toxicomanie sont perçus, sur le plan biologique, comme une conséquence des perturbations physiques induites par l'usage excessif et chronique des substances, notamment des perturbations au niveau des neurotransmetteurs. Nous y avons fait référence précédemment. Au plan des dimensions psychosociales, la toxicomanie est perçue comme le résultat de l'usage nocif de substances, des sevrages répétés ou des problèmes socio-économiques liés au style de vie des sujets ou d'une interaction de ces trois facteurs. Telle est certainement la perspective de ceux qui proposent des solutions pharmacologiques aux toxicomanies, la méthadone par exemple. Cette perspective est validée pour une cooccurrence de troubles de l'humeur et de l'anxiété ainsi que de troubles liés aux substances. L'étude précitée de Verheul et al. (2000) avait comme objectif de dégager l'effet pathogénique des substances chez des patients présentant une telle comorbidité. Les résultats de cette étude prospective indiquent que, pour les patients qui présentaient des troubles de l'humeur ou de l'anxiété, ceux qui, à 12 mois, étaient en rémission de leurs troubles liés à l'alcool avaient 16.7 fois plus de chances de présenter également une rémission de leurs troubles de l'humeur et de leur anxiété que ceux chez qui les troubles liés à l'alcool s'étaient perpétués. La probabilité était de 4,3 fois supérieure pour les patients qui présentent des troubles liés aux opiacés. Bien qu'on ne puisse fonder l'analyse d'un phénomène sur une seule étude, cette étude met en chiffres des observations déjà faites dans plusieurs autres études et bien connues de nombre de cliniciens, à savoir qu'une proportion importante de troubles de l'humeur et de troubles

anxieux associés aux troubles liés aux substances n'atteignent plus le seuil clinique si le patient réussit à régler ses problèmes de consommation nocive. Tant que le sujet consomme avec excès, les troubles associés vont se perpétuer, alimentés comme ils le sont par les effets de la prise chronique de grandes quantités de substances sur les centres du cerveau responsables de la régulation des humeurs. Cela dit, tant que ces patients ne sont pas en rémission, tous les risques associés à la dépression ou à l'anxiété restent présents : risque suicidaire accru, violence domestique, négligence des enfants. Michel Lejoyeux et Hélène Cardot ont procédé à une recension des travaux sur le sujet et proposent les pratiques les plus probantes selon les diagnostics présentés et l'évolution des patients.

L'autre perspective met principalement l'accent sur le rôle d'automédication des substances chez des patients qui souffrent déjà d'une pathologie mentale. Contrairement à l'autre pôle axé sur les processus pathogéniques consécutifs à l'usage inadapté des substances, la toxicomanie est ici conçue comme un symptôme, i.e. comme la manifestation d'un autre phénomène qui cause de la détresse psychologique au sujet. Si ces problèmes sous-jacents sont traités, alors on peut s'attendre à une rémission de la toxicomanie. Telle est la perspective traditionnellement mise de l'avant par l'approche psychodynamique. Aucun article de ce numéro ne présente cette perspective, du moins dans son orthodoxie. Cependant, les deux articles consacrés au traitement intégré des troubles de la personnalité (Duhamel et Lallemand ; McMain et al.) et les trois articles consacrés au traitement intégré des troubles graves et persistants (Mueser ; Rouillard et al. ; Vincent et al.) s'inscrivent dans une école de pensée qui reconnaît aux troubles mentaux associés à la toxicomanie une histoire naturelle qui, chez la plupart des patients, est indépendante de celle des troubles liés aux substances. Les auteurs qui se sont penchés sur cette question (notamment Brown, 1992 ; Mueser et al., 1998 ; Nace, 1990 ; O'Malley et al., 1990 ; Rosenthal et Wiestreich, 1999 ; Rush et al., 2001 ; Sher et Trull, 1994 ; Southwick et Satel, 1990) reconnaissent l'existence de plusieurs modèles d'interaction pouvant expliquer la cooccurrence des troubles graves et persistants, des troubles à l'axe II et des troubles liés aux substances. Pour les troubles graves et persistants, Mueser et ses collègues (1998) proposent quatre théories étiologiques pouvant expliquer leur concomitance avec ceux liés aux substances : des facteurs communs aux deux types de troubles, par exemple des facteurs environnementaux tels la négligence parentale ou diverses formes d'agressions dans l'enfance ; une consommation de substances consécutive à la survenue des troubles mentaux graves (hypothèse d'automédication) ; des troubles mentaux consécutifs à la prise de substances (hypothèse des effets pathogéniques des substances) ; des modèles bi-directionnels (position interactionniste de l'effet

pathogénique des substances sur la gravité des autres troubles et mutatis mutandis de l'effet des troubles associés à la toxicomanie sur la motivation à consommer).

Pour leur part, les liens entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie peuvent se résumer par trois positions principales. La première position met de l'avant que les troubles de la personnalité sont pathogéniques et constituent un facteur de vulnérabilité au développement d'un trouble avéré à l'axe I (Brown, 1992 ; Nace, 1990). La toxicomanie serait donc un symptôme du trouble de la personnalité sous-jacent. La deuxième position met de l'avant que les troubles de la personnalité sont une conséquence de l'usage inadapté des substances (Bean-Bayog, 1986). Nace (1987) décrit également une régression de la personnalité conséquente à la consommation d'alcool ou de drogues qui entraîne un mode d'interaction et des conditions de vie qui imitent des troubles de la personnalité. Sa personnalité change, le sujet devient impulsif, passif et sa tolérance à la frustration diminue. La troisième position met de l'avant qu'il n'y a pas de lien étiologique entre les troubles de la personnalité et les troubles de l'axe I. Le lien serait alors dû à un effet pathoplastique des troubles de la personnalité sur les troubles de l'axe I ou à une cause commune sous-jacente. Le trouble de la personnalité n'entraîne pas la consommation, la consommation n'entraîne pas le trouble de la personnalité et les deux troubles tirent leur origine de causes indépendantes ou d'une cause commune. Aucune de ces trois positions ne fait consensus et, comme pour les troubles graves et persistants, il faut faire une anamnèse des facteurs étiologiques qui sont mis en cause pour chaque patient. C'est d'ailleurs toute la difficulté d'une intervention qui prend en compte la cooccurrence des troubles mentaux : on ne peut faire l'économie d'une attention aux facteurs individuels qui ont amené une multiplication des troubles mentaux.

Conclusion

L'idée selon laquelle un trouble mental ne vient pas seul n'est pas nouvelle. Ceux qui se sont intéressés à la surconsommation de substances ont souvent fait des liens entre les conditions de vie déplorables ou la survenue d'une épreuve et le développement d'une consommation inadaptée. Et mutatis mutandis pour la constatation que la surconsommation est un terrain fertile pour de nombreux problèmes personnels et sociaux, incluant des désordres psychiatriques. Ce qui commande ce numéro thématique n'est pas une prise conscience nouvelle d'un phénomène bien documenté et connu de plusieurs. Ce qui commande ce numéro est la nécessité de développer des traitements intégrés pour la co-

occurrence de la toxicomanie et des troubles mentaux. Les succès et les échecs des interventions avec des patients présentant une comorbidité ont permis de constater combien il est utile que les traitements de ces patients soient incorporés dans un même tout, par le même ou les mêmes intervenants, *dans un même programme*, afin de s'assurer que le client reçoive la même explication au sujet de la cooccurrence de ses troubles et qu'on lui propose un plan de traitement qui soit cohérent (voir Rush et al., 2001). Certains traitements peuvent être donnés en séquence, comme le rappellent Lejoyeux et Cardot pour les troubles de l'humeur et l'anxiété, mais il est nécessaire que les intervenants et les membres du réseau de soutien communiquent entre eux. Pour les troubles de la personnalité et les troubles graves et persistants, les interventions devraient être faites de manière concomitante, comme l'affirment tous les auteurs qui ont travaillé ce sujet dans ce numéro. C'est en cela que ce numéro thématique constitue une innovation. C'est en cela surtout qu'on espère qu'il contribuera à l'amélioration des services. À travers les expériences qui sont décrites en ces pages, le lecteur pourra constater de lui-même la richesse des expériences en cours. Il nous reste à espérer que plusieurs sauront s'en inspirer. Bonne lecture !

Note

1. Le terme toxicomanie est utilisé de manière générique et englobe à la fois les troubles liés à l'alcool, ceux liés aux substances illégales et ceux liés aux médicaments prescrits obtenus sans ordonnance ou consommés de manière à engendrer un trouble.

RÉFÉRENCES

- ALARIE, S., 2001, *Rapport des « focus group » sur les doubles problématiques toxicomanie et santé mentale*, Montréal, Département de psychologie, Université de Montréal.
- ALTMAN, J., EVERITT, B. J., GLAUTIER, S., MARKOU, A., NUTT, D., ORETTI, R., PHILLIPS, G. D., ROBBINS, T. W., 1996, The biological, social and clinical bases of drug addiction : Commentary and debate, *Psychopharmacology*, 125, 4, 285-345.
- BARBEAU, D., BRABANT, M., LAUZON, P., 2000, Les mécanismes biopsychologiques intervenant dans la dépendance et ses traitements pharmacologiques, in *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III. Montréal, Gaëtan Morin, 175-200.
- BEAN-BAYOG, M., 1986, Psychopathology produced by alcoholism, in Meyer, R. E., ed., *Psychopathology and Addictive Disorders*, New York, Guilford, chap. 14, 334-345.

- BRISSON, P., 2000, Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e siècle, dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol III, Montréal. Gaëtan Morin, 3-44.
- BROWN, V. B., MELCHIOR, L. A., HUBA, G. J., 1999, Level of burden among women diagnosed with severe mental illness and substance abuse, *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 1, 31-39.
- BROWN, H. P., 1992, Substance abuse and the disorders of the self: examining the relationship, *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 139-144.
- CLOPTON, J. R., WEDDIGE, R. L., CONTRERAS, S. A., FLISZAR, G. M., ARREDONDO, R., 1993, Treatment outcome for substance misuse patients with personality disorder, *The International Journal of the Addictions*, 28, 1147-1153.
- CRAIG, R. J., OLSON, R. E., 1990, MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts, *Journal of Clinical Psychology*, 46, 230-237.
- CUFFEL, B. J., 1996, Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course, *New Directions for Mental Health Services*, 70, 93-105.
- DOUGHERTY, R. J., LESSWING, N. J., 1989, Inpatient cocaine abusers: an analysis of psychological and demographic variables, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 45-47.
- DRAKE, R. E., MCLAUGHLIN, P., PEPPER, B., MINKOFF, K., 1991, Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder: An overview, *New Directions for Mental Health Services*, 50, 3-12.
- GILL, K., NOLIMAL, D., CROWLEY, T. J., 1992, Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy, *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 247-252.
- GUYON, L., LANDRY, M., 1996, L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement, *Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies*, 1,1, 61-81.
- HASIN, D. S., GRANT, B. F. ENDICOTT, J., 1988, Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: subject and familial correlates, *International Journal of the Addictions*, 23, 827-850.
- KESSLER, R. C., NELSON, C. B., MCGONAGLE, K. A., EDLUND, M. J., FRANK, R. G., LEAF, P. J., 1996, The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization, *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- KOSTEN, T. R., KLEBER, H. D., 1988, Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 201-206.

- KOSTEN, T. A., KOSTEN, T. R., ROUNSAVILLE, B. J., 1989, Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- KRASNICK, Warsh, C., 1988, The First Mrs. Rochester : Wrongful Confinement, Social Redundancy, and Commitment to the Private Asylum, 1883-1923, *Historical Papers*, 145-167.
- KRASNICK, WARSH, C.(1989, *Moments of Unreason : the Practice of Canadian Psychiatry and the Homewood Retreat, 1883-1983*. Montréal : McGill-Queen's University Press.
- LAFLAMME-CUSSON, S., GUYON, L., LANDRY, M., 1994, *Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT*, Montréal, Cahiers de recherche du RISQ.
- LANDRY, M., COURNOYER, L. G., BERGERON, J., BROCHU, S., 2000, Comorbidité, structure du traitement et profil bio-psychosocial : abandon prématuré de toxicomanes en centre de réadaptation, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 28, 2, 109-137.
- LEVINE, H. G., 1983, The Good Creature of God and the Demon Rum : Colonial America and the 19th Century Ideas about Alcohol, Crime, and Accidents, dans Room, R. and Collins, G. ed. : *Alcohol and Disinhibition : Nature and Meaning of the Link*, Research Monograph No 12, Rockville, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services, 111-185.
- LEVINE, H., 1978, The discovery of addiction : changing conceptions of habitual drunkenness in American history, *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 1, 143-174.
- LUBORSKY, L., MCLELLAN, A. T., WOODY, G. E., O'BRIEN, C. P., AUERBACH, A., 1985, Therapist success and its determinants, *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- MARSH, D. T., STILE, S. A., STOUGHTON, N. L., TROUT-LANDEN, B. L., 1988, Psychopathology of opiate addiction : comparative data from the MMPI and MCMI, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 17-27.
- MCLELLAN, A., ARNDT, I. O., METZGER, D. S., WOODY, G. E., O'BRIEN, C. P., 1993, The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269, 1953-1959.
- MCLELLAN, A. T., LUBORSKY, L., WOODY, G.E., O'BRIEN, C. P., DRULEY, K. A., 1983, Predicting response to alcohol and drug abuse treatments : the role of psychiatric severity, *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- MERCER-MC-FADDEN, C., DRAKE, R. E, BROWN, B., FOX, R. S., 1997, The community support program demonstrations of services for young adults with

- severe mental illness and substance use disorders 1987-1991, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3, 13-24.
- MERCIER, C., BEAUCAGE, B., 1997, *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : Recension des écrits et état de la situation pour le Québec*, Rapport au ministre de la santé et des services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec.
- MUESER, K. T., DRAKE, R. E., WALLACH, M. A., 1998, Dual diagnosis : A review of etiological theories, *Addictive Behaviors*, 24, 6, 717-734.
- MURPHY, G. E., 1992, *Suicide in Alcoholism*, New York, Oxford University Press.
- NACE, E. P., 1990, Substance abuse and personality disorder, *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 3, 183-198.
- NACE, E. P., 1987, *The Treatment of Alcoholism*, New York, Brunner/Mazel, Inc.
- NADEAU, L., LANDRY, M., RACINE, S., 1999, Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 6, 592-596.
- NADEAU, L., BIRON, C. avec la collaboration de J. BERGERON, S BROCHU, A. DEMERS, L. GUYON, M. LANDRY, C. MERCIER et le soutien de M. LEPAGE, 1997, *Cadre conceptuel pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*, Québec, Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- O'MALLEY, S. S., KOSTEN, T. R., RENNER, J. A., 1990, Dual Diagnosis : Substance Abuse and Personality Disorders, *New Directions For Mental Health Services*, 47, 115-137.
- PENICK, E.C., NICKEL, E. J., CANTRELL, P. F., POWELL, B. J., READ, M. R., THOMAS, M. M., 1990, The emerging concept of dual diagnosis : An overview and implications, *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 3, 1-54.
- PORTER, R., 1985, The drinking man's disease : the prehistory of alcoholism in Georgian Britain, *British Journal of Addiction*, 80, 485-496.
- QUÉTEL, J., 1983, La « marche croissante de l'aliénation alcoolique », in Postel, J. et Quétel, C., eds. : *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Privat, 383-392.
- RACINE, S., NADEAU, L., 1995, *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*, Cahier de recherche du RISQ : Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec, Montréal.

- RICHARD, D., SENON, J. L., 1999, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse.
- RIX, K. J. B., 1976, John Coakley Lettsom and some of the effects of hard drinking, *Journal of Alcoholism*, 11, 3, 97-103.
- ROSENTHAL, R. N., WESTREICH, L., 1999, Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems, dans McCrady, B. S., Epstein, E. E., eds. : *Addictions : A Comprehensive Guidebook*, New York, Oxford University Press, 439-445.
- ROSS, H. E., LIN E., CUNNINGHAM, J., 1999, Mental health use : A comparison of treated and untreated individuals with substance use disorders in Ontario, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 570-577.
- ROUNSAVILLE, B. J., DOLINSKY, Z. S., BABOR, T., MEYER, R. E., 1987, Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics, *Archives of General Psychiatry*, 44, 505-513.
- RUSH, B. 1790, An inquiry into the effects of ardent spirits upon the body and mind, in Henderson, Y, ed.. : *A New Deal in Liquor ; a Plea for Dilution*, New York, Doubleday, Doran and Company, Inc.
- RUSH, B. GOERING, P., MCMMAIN, S., NADEAU, L., OGBORNEE, A., ROBERTS, G. 2001, *Best Practices for Concurrent Mental Health and Substance Abuse Disorders. Report to Health Canada/Meilleures pratiques pour la cooccurrence de troubles mentaux et de troubles liés aux substances. Rapport à Santé Canada*. Toronto, Health Systems Research and Consulting Unit, Centre for Addiction and Mental Health.
- SHER, K. J., TRULL, T., 1994, Personality and disinhibitory psychopathology : alcoholism and antisocial personality disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1, 92-102.
- SOUTHWICK, S. M., SATEL, S. L., 1990, Exploring the meanings of substance abuse: an important dimension of early work with borderline patients, *American Journal of Psychotherapy*, 44, 61-67.
- STARK, M. J., 1992, Dropping Out of Substance Abuse Treatment : A Clinically Oriented Review, *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- VERHEUL R., VAN DEN BRINK, W., KOETER, M. W. J., 1998, Temporal stability of diagnostic criteria for antisocial personality disorder in male alcohol dependent patients, *Journal of Personality Disorders*, 12, 4, 316-331.
- VERHEUL, R., KRANZLER, H. R., POLING, J., TENNEN, H., BALL., S., ROUNSAVILLE, B. J., 2000, Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts : fact or artifact ? *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 1, 101-10.
- ZOLA, E. 1877, *L'assommoir*. Paris, Charpentier.