



Sous la direction de  
Amine Benyamina

# Addictions et comorbidités

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2014  
5, rue Larmiguière  
75005 Paris  
ISBN 978-210-071301-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Sommaire

*LISTE DES AUTEURS* VII

*PRÉAMBULE* XIII

Amine Benyamina

## PREMIÈRE PARTIE

### ASPECTS GÉNÉRAUX FONDAMENTAUX DU CONCEPT DE PATHOLOGIE DUELLE

- 1. Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual  
diagnosis** 3  
Miguel Casas
- 2. Épidémiologie et impact médico-économique** 11  
Amandine Luquiens, Michel Reynaud, François Paille
- 3. Neurobiologie de l'addiction** 25  
Mickaël Naassila
- 4. Neuro-imagerie** 55  
Jean-Luc Martinot, Laurent Karila, Claire Leroy, Marie-Laure Paillère,  
Stéphanie Mana, Éric Artiges
- 5. Psychodynamique** 67  
Alain Rigaud

## DEUXIÈME PARTIE

### SITUATIONS CLINIQUES ET POPULATIONS CIBLES

- |   |     |
|---|-----|
| <b>6. Les comorbidités aux urgences</b>                         | 97  |
| Cécile Tixeront, Georges Brousse                                |     |
| <b>7. Grossesse, maternité, femmes</b>                          | 115 |
| Sarah Coscas  |     |
| <b>8. Les comorbidités dans l'adolescence</b>                   | 127 |
| Camille Bence, Benjamin Rolland, Olivier Cottencin              |     |
| <b>9. Hépatite C, addictions et comorbidités psychiatriques</b> | 153 |
| Vincent Laprévote, Hélène Barraud, Raymund Schwan               |     |

## TROISIÈME PARTIE

### DU COMPORTEMENT ET DU PRODUIT À LA CLINIQUE

- |  |     |
|--|-----|
| <b>10. Alcool</b>  | 171 |
| Romain Icick, Franck Bellivier   |     |
| <b>11. Tabac et troubles mentaux</b>                                     | 193 |
| Mohammed Taleb, Mensour Kenoui, Amina Semmak, Amine Tabeche              |     |
| <b>12. Addiction au cannabis et troubles psychiatriques</b>              | 207 |
| Alain Dervaux, Marie-Odile Krebs, Xavier Laqueille                       |     |
| <b>13. Troubles liés à l'usage de cocaïne</b>                            | 223 |
| Laurent Karila, Amine Benyamina  |     |
| <b>14. Héroïne et opiacés</b>  | 237 |
| Mélina Fatseas, Cécile Denis, Marc Auriacombe                            |     |
| <b>15. Troubles des conduites alimentaires</b>                           | 249 |
| Damien Ringuenet, Anne-Solène Maria, Nesrine Gaha                        |     |
| <b>16. Jeu pathologique et comorbidités psychiatriques et addictives</b> | 265 |
| Marie Grall-Bronnec, Morgane Guillou-Landréat, Anne Sauvaget             |     |
| <b>17. Les addictions sexuelles</b>                                      | 277 |
| Marthylle Lagadec, Laurent Karila  |     |
| <b>18. Médicament et drogue de synthèse</b>                              | 287 |
| Lisa Blecha, Amine Benyamina   |     |

<b>19. Comorbidités psychiatriques des achats compulsifs</b>	299
David Duroy, Michel Lejoyeux	

## QUATRIÈME PARTIE

### L'APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

<b>20. Les soins intégrés</b>	315
Hassan Rahioui, Mariette Vinurel, Florence Louppe, Amine Benyamina	
<b>21. Les thérapies médicamenteuses</b>	331
Maurice Dematteis, Michel Mallaret	
<b>22. Les approches médico-psycho-sociales des addictions associées à des troubles psychiatriques</b>	355
Jean-Pierre Couteron, Alain Morel	
<b>23. Les thérapies cognitives et comportementales</b>	367
Jérôme Hoessler, Henri-Jean Aubin	
<b>24. Les approches familiales</b>	385
Geneviève Lafaye	
<b>25. La réduction des dommages</b>	401
Jean-Pierre Daulouède, Cecilia Maitre	
<i>CONCLUSION. ADDICTIONS ET TROUBLES MENTAUX : QUELQUES PISTES POUR CONCLURE</i>	413
Michel Reynaud	
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	423



# Liste des auteurs

ARTIGES Éric, Unité 1000, INSERM, CEA, Université Paris Sud et Université Paris Descartes, Paris et Service hospitalier Frédéric Joliot, Orsay.

AUBIN Henri Jean, PUPH, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul Brousse, APHP, Université Paris Sud, INSERM U669.

AURIACOMBE Marc, Université de Bordeaux (sanpsy CNRS USR 3413), CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux (Pôle Addictologie).

BARRAUD Hélène, service d'hépto-gastro-entérologie, CHU Nancy.

BELLIVIER Franck, chef de Service. Service de Psychiatrie et d'Addictologie, Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal. Assistance publique Hôpitaux de Paris.

BENCE Camille, praticien hospitalier, Université Lille 2, CHRU de Lille, Hôpital Fontan 2, service d'addictologie, Lille.

BENYAMINA Amine, PU-PH, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris-Sud 11, INSERM U669.

BLECHA Lisa, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris Sud 11, INSERM U669.

BROUSSE Georges, MCU-PH Psychiatrie Addictologie. Centre de Suite et de Réadaptation en Addictologie. Service de Psychiatrie B, Service du Pr PM LLorca CHU Clermont Ferrand.

CASAS Miguel, professeur de psychiatrie et chef de service. Departamento de Psiquiatria y Medicina Legal de la Universidad Autónoma de Barcelona. Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona. Espagne.

COSCAS Sarah, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions. Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris Sud-11, INSERM U669.

COTTENCIN Olivier, professeur des universités, praticien hospitalier, Université Lille 2, CHRU de Lille, Hôpital Fontan 2, service d'addictologie, Lille.

COUTERON Jean-Pierre, psychologue clinicien, président de la Fédération Addiction, CSAPA Mantes La Jolie.

DAULOUÈDE Jean-Pierre, médecin psychiatre, addictologue, CSAPA/CAARUD BIZIA Médecins du Monde.

DEMATTEIS Maurice, PU-PH, Clinique d'Addictologie, CHU de Grenoble, Addictologie. INSERM U1042. Faculté de Médecine de Grenoble, Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine, Grenoble F-38042, France.

DENIS Cécile, Université de Bordeaux (sanpsy CNRS USR 3413), CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux (Pôle Addictologie).

DERVAUX Alain, praticien hospitalier, Service d'Addictologie du Dr Laqueille, Centre Hospitalier Sainte-Anne. INSERM, Laboratoire de Physiopathologie des maladies Psychiatriques, Centre de psychiatrie et neurosciences.

DUROY David, interne DES psychiatrie, Paris.

FATSEAS Mélina, Université de Bordeaux (sanpsy CNRS USR 3413), CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux (Pôle Addictologie).

GAHA Nesrine, AP-HP, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Département de Psychiatrie et d'Addictologie, Unité spécialisée des Troubles des Conduites Alimentaires, Villejuif.

GRALL-BRONNEC Marie (M.D., Ph.D.), praticien hospitalier dans le Service Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison du CHU de Nantes.

GUILLOU-LANDRÉAT Morgane (M.D., Ph.D.), praticien hospitalier dans le Service d'Addictologie du CHU de Brest.

HOESSLER Jérôme, psychologue clinicien, psychothérapeute, hôpital Paul Brousse, Villejuif.

ICICK Romain, praticien hospitalier contractuel, CSAPA « Espace Murger », Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal. Assistance publique Hôpitaux de Paris.

KARILA Laurent, praticien hospitalier, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris-Sud 11, CEA-INSERM U1000.

KENOUI Mensour, praticien hospitalier. Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie. Nouvel Hôpital de Navarre, Site de Vernon.

KREBS Marie-Odile, INSERM, Laboratoire de Physiopathologie des maladies psychiatriques, Centre de psychiatrie et neurosciences, CPN U894. PU-PH, Service Hospitalo Universitaire, Centre Hospitalier Sainte-Anne.

LAFAYE Geneviève, praticien hospitalier, ancien chef de clinique assistant, Service d'Addictologie, Département de Psychiatrie et d'Addictologie du Pr REYNAUD, Hôpitaux Universitaires Paris-Sud, Site Paul Brousse, Villejuif.

LAGADEC Marthylle, psychologue et attachée de recherche. Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris-Sud 11. Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie-BIZIA, centre hospitalier de la côte basque, Bayonne.

LAPRÉVOTE Vincent, Maison des Addictions, CHU Nancy. CIC Pluri-thématique, CIC INSERM 9501, CHU Nancy.

LAQUEILLE Xavier, praticien hospitalier. Chef de service. Service d'Addictologie du Dr Laqueille, Centre Hospitalier Sainte-Anne.

LEJOYEUX Michel, PU-PH psychiatrie hôpital Bichat-Maison Blanche, faculté Paris 7, Paris.

LEROY Claire, Unité 1000, INSERM, CEA, Université Paris sud & Université Paris Descartes, Paris & Service Hospitalier Frédéric Joliot, Orsay.

LOUPPE Florence, assistant spécialiste, Hôpital Enri Ey/GPS Perray Vaucluse, Paris.

LUQUIENS Amandine, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris Sud 11, INSERM U669.

MAITRE Cécilia, M.Sc., CSAPA/CAARUD BIZIA Médecins du Monde et Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie (RESAPSAD).

MALLARET Michel, Praticien hospitalier, Responsable de la Pharmacovigilance-Addictovigilance, CHU de Grenoble, INSERM U836. Président de la Commission des Stupéfiants et Psychotropes.

MANA Stéphanie, Unité 1000, INSERM, CEA, Université Paris sud & Université Paris Descartes, Paris & Service Hospitalier Frédéric Joliot, Orsay.

MARIA Anne-Solène, AP-HP, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Département de Psychiatrie et d'Addictologie, Unité spécialisée des Troubles des Conduites Alimentaires, Villejuif ; INSERM U669, Paris. Institut Mutualiste Montsouris, Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Paris.

MARTINOT Jean-Luc, Unité 1000, INSERM, CEA, Université Paris sud & Université Paris Descartes, Paris & Service Hospitalier Frédéric Joliot, Orsay.

MOREL Alain, Psychiatre, Directeur Général de l'Association Oppelia,

NAASSILA Mickaël, professeur et directeur du Groupe de Recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances (GRAP – INSERM ERi 24) de l'Université de Picardie Jules Verne.

PAILLE François, Faculté de Médecine de Nancy, CHU de Brabois, Service de Médecine L, Addictologie, Vandoeuvre, France.

PAILLÈRE Marie-Laure, Unité 1000, INSERM, CEA, Université Paris sud et Université Paris Descartes, Paris & Service Hospitalier Frédéric Joliot, Orsay.

RAHIOUI Hassan, praticien hospitalier, chef de pôle, Hôpital Enri Ey/GPS Perray Vaucluse, Paris.

REYNAUD Michel, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris Sud 11, INSERM U669.

RIGAUD Alain, psychiatre des Hôpitaux, chef de service, chef du pôle Addictologie de l'EPSM Marne. Centre d'Addictologie Médico-Psychologique, Reims.

RINGUENET Damien, AP-HP, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Département de Psychiatrie et d'Addictologie, Unité spécialisée des Troubles des Conduites Alimentaires, Villejuif.

ROLLAND Benjamin, praticien hospitalier, Université Lille 2, CHRU de Lille, Hôpital Fontan 2, service d'addictologie, Lille.

SAUVAGET Anne (M.D.), praticien hospitalier dans le Service Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison du CHU de Nantes.

SCHWAN Raymund, Maison des Addictions, CHU Nancy, Pôle Grand Nancy, Centre psychothérapeutique de Nancy. Faculté de Médecine, Université Lorraine.

SEMMAK Amina, praticien hospitalier, Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie. Nouvel Hôpital de Navarre, Site de Vernon.

TABECHE Amine, praticien hospitalier. Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie. Nouvel Hôpital de Navarre, Site de Vernon.

TALEB Mohammed, praticien hospitalier. Chef du Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie. Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie. Nouvel Hôpital de Navarre, Site de Vernon.

TIXERONT Cécile, assistante spécialiste Psychiatrie Addictologie. Centre de Suite et de Réadaptation en Addictologie. Service de Psychiatrie B, Service du Pr PM Llorca CHU Clermont Ferrand.

VINUREL Mariette, interne, Hôpital Enri Ey/GPS Perray Vaucluse, Paris.



# Préambule

Amine Benyamina

CE PRÉAMBULE A POUR AMBITION de faire partager au lecteur les divers chemins qui ont conduit à la publication de cet ouvrage collectif. Je l'ai voulu le plus bref et le plus modeste possible tant il est vrai que son but n'est pas de faire valoir mon approche, qui est incluse dans les chapitres qui vont suivre, mais de laisser toute la place à mes co-auteurs, qui comme vous le lirez ont abordé tous les aspects liés au thème retenu.

L'ensemble des auteurs qui ont participé à ce travail ont déjà eu l'occasion de s'exprimer sur la question de la comorbidité et de la pathologie duelle soit sous forme d'écrit soit sous forme d'enseignement ou d'organisation de manifestation scientifique.

Les pathologies duelles et plus précisément les liens entre addiction et psychiatrie connaissent un vif intérêt auprès de praticiens habitués à voir des patients chez lesquels cette co-occurrence loin d'être une exception est devenue la règle.

Les enseignements, les conférences, les congrès, les séminaires traitant du sujet rencontrent un vif succès tant le savoir dans ce domaine est disparate et peu organisé.

L'établissement d'un sommaire a fait l'objet d'un vrai travail de torsion et de réajustement au regard des hypothèses de travail défendues par les auteurs, qui d'emblée se trouvaient confrontés à celle de chacun des intervenants.

C'est dans cette confrontation que ce rapport s'est développé et qui je l'espère fera le succès de cet ouvrage collectif.

Je tiens donc à remercier d'abord le bureau du CPNLF de m'avoir fait confiance pour la direction de cet ouvrage et chacun des auteurs de ce manuel pour avoir accepté d'y contribuer.

Le lecteur reconnaîtra des noms bien familiers puisque ces personnes ont largement publié par ailleurs, et le simple fait de les réunir dans un même ouvrage est le résultat d'une volonté partagée de mettre en commun nos efforts de ces dernières années.

Cet ouvrage est le fruit d'une rencontre qui peut paraître improbable entre les champs de la psychiatrie, de la biologie, de la pharmacologie, de la médecine, de l'imagerie, parfois de la psychanalyse et de l'épistémologie, des courants de pensée qui ont coutume dit-on de s'opposer.

Et pourtant, lors des différentes journées scientifiques nous pouvons constater désormais qu'il est tout à fait possible de réunir ces personnes sur la même estrade... bref, il se passe quelque chose.

L'ouvrage a été construit sous forme de chapitres, nous en avons imaginés quatre.

Le premier traitant des « aspects généraux fondamentaux du concept de pathologie duelle ». L'ensemble des auteurs ont amené par leurs écrits ce qui actuellement fait matière pour asseoir la naissance d'une nouvelle discipline, le *dual diagnosis*.

Dans le second chapitre que l'on a intitulé « situations cliniques et populations cibles », les auteurs ont rapporté de manière détaillée et référencée les cas cliniques et les situations auxquelles nous sommes tous confrontés et dans lesquelles la comorbidité est repérée et soignée.

Le troisième chapitre passe en revue la panoplie des produits et des comportements addictifs en situation de co-occurrence.

L'approche thérapeutique est traitée dans le quatrième chapitre qui s'ouvre par la définition de modèles intégrés de prise en charge, concept central dans la réussite du traitement d'une pathologie comorbide. Il est à remarquer dans ce chapitre que la place donnée à toutes ces approches est légitime puisque les différentes parties font référence à des travaux aux résultats reportés dans des journaux internationaux.

Nous vous invitons à parcourir ces pages, à découvrir les choses, à confirmer vos impressions, à diffuser l'information et surtout à ne pas hésiter à critiquer nos carences.

Bonne lecture et bon congrès !

Amine Benyamina

## PARTIE I

---

# Aspects généraux fondamentaux du concept de pathologie duelle

---

■ <b>Chap. 1</b>	Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual diagnosis.....	3
■ <b>Chap. 2</b>	Épidémiologie et impact médico-économique .....	11
■ <b>Chap. 3</b>	Neurobiologie de l'addiction .....	25
■ <b>Chap. 4</b>	Neuro-imagerie .....	55
■ <b>Chap. 5</b>	Psychodynamique.....	67



## Chapitre 1

# Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual diagnosis

Miguel Casas

**L**A PRÉSENCE DE COMORBIDITÉS entre les troubles psychiatriques et les addictions, particulièrement celles liées aux substances psychoactives, est de plus en plus fréquente dans la pratique clinique quotidienne (comorbidité supérieure à 50 % dans la plupart des troubles mentaux présentant une évolution chronique). L'augmentation progressive de la prévalence de ces comorbidités au cours des dernières années est devenue un facteur de confusion très important tant sur le plan du diagnostic que du traitement des troubles psychiatriques, ce qui rend d'autant plus le succès thérapeutique, l'évolution et le pronostic des patients souffrant de ces problématiques (Casas 1992 ; Kranzler et Tinsley, 2004 ; Haro 2010 ; Szerman 2013).

Pendant de nombreuses années, dans le champ de la Psychiatrie Générale et l'Addictologie, et plus particulièrement chez les professionnels travaillant en alcoologie, l'existence même de cette comorbidité a été rejeté et considérée à tort comme un diagnostic indépendant et sans aucun fondement clinique. Cependant, l'augmentation constante du niveau de consommation des drogues chez les malades psychiatriques n'a fait que rendre la prise en charge plus longue, plus complexe et plus coûteuse en termes de dépenses de santé. Parallèlement l'émergence de certains doutes scientifiques sur la valeur des résultats obtenus à partir des études

de recherche et des essais cliniques de ces dernières années (non basées sur des tests objectifs, comme l'analyse d'urine ou de plasma, dans le dépistage des consommations de drogues) a fini par contraindre ces deux disciplines à s'intéresser de plus près à cette nouvelle problématique des pathologies comorbidées.

Dans le dernier tiers XX<sup>e</sup> siècle, des groupes de psychologues et psychiatres (Glas and Bowers 1970 ; Stone 1973 ; Tsuang *et al.* 1982 ; Khantzian and Treece 1985 ; Meyer 1986 ; Casas 1986, 1992 ; Regier *et al.* 1990 ; Raskin et Miller 1993 ; Hasin *et al.* 1996 ; Kesler *et al.* 1997 ; Kranzler and Rounsaville 1998, etc.), ont introduit au fil du temps les termes de « Double Diagnostic », « Comorbidité », « Cooccurrence », « Trouble Duelle », « Pathologie Duelle », etc. Grâce aux premiers résultats de leurs études, on dispose à ce jour d'un important corps de doctrine, bien qu'encore limité et insuffisant, sur l'étiopathogénie, la clinique, le traitement et l'évolution des divers types de comorbidités que l'on retrouve entre la psychiatrie dite « classique » et les addictions. De nos jours, le terme « Pathologie duelle » est en train de gagner progressivement de nouveaux adeptes, du fait qu'il propose que l'apparition de cette comorbidité génère un nouveau type de pathologie qui change radicalement les symptômes du patient, et pas seulement au niveau quantitatif mais, surtout, au niveau qualitatif, avec l'apparition d'une nouvelle interaction dynamique entre les deux troubles qui vont connaître une évolution synergique permanente.

Néanmoins, les progrès dans l'étude de cette double pathologie ont été aussi grandement entravés par toute une série de facteurs astringents parmi lesquels il faut noter :

1. Le manque d'intérêt et de connaissance des pathologies addictives dans le champ de la psychiatrie générale.
2. Le manque d'intérêt et de connaissance de la psychopathologie et la nosologie psychiatrique chez les professionnels travaillant dans le champ des addictions.
3. Le manque de professionnels formés pour la recherche.
4. Le manque de professionnels formés à la prise en charge et à la délivrance du traitement dans sa globalité.
5. Le manque de ressources de soins ambulatoires et résidentiels pour répondre aux besoins de ces patients.
6. Le manque de traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques efficaces.

7. Le manque d'intérêt de l'industrie pharmaceutique dans la réalisation d'essais cliniques sur ces pathologies.
8. L'existence d'importantes voix critiques envers les professionnels impliqués dans le repérage et la prise en charge des comorbidités psychiatriques, les accusant de manquer de fondements théoriques et de vouloir simplement « psychiatriser » les addictions.

---

## DE LA COMORBIDITÉ AU DOUBLE DIAGNOSTIC ET À LA PATHOLOGIE DUELLE

---

La co-existence simultanée d'un trouble psychiatrique classique et d'un trouble addictif peut, naturellement, être défini comme une « comorbidité », qu'on peut aussi nommer un « double diagnostique » (Rosenthal 2003 ; Kranzler et Tinsley 2004 ; Stohler et Rösler 2005). Ces comorbidités peuvent être étudiées du point de vue des patients psychiatriques qui prennent des drogues et, vice-versa, dès l'hypothèse des patients addictes qui développent un trouble mental d'origine psychotoxique.

D'un point de vue clinique, il est très important de définir précisément les divers types de relation que l'on peut trouver entre ces deux pathologies (Meyer 1986 ; Mueser et al 1998), et qu'on peut résumer en ces quatre possibilités :

1. Les deux troubles ont une étiopathogénie indépendante, de sorte que leur diagnostic, leur traitement et leur évolution peuvent être considérés individuellement, sans avoir besoin d'une approche intégrale.
2. La co-occurrence des deux troubles est due à des causes iatrogènes. La suppression des médicaments psychoactifs prescrit par le médecin peut alors résoudre le problème.
3. L'apparition de troubles mentaux est due à un effet de psychotoxique direct de la drogue. Dans ce cas, sa suppression peut faire disparaître le trouble psychiatrique.
4. Les deux troubles présentent une vulnérabilité psychobiologique partagée, développant une interaction synergique qui génère l'apparition d'une nouvelle pathologie avec un tableau clinique propre qui devra alors être abordé dans sa globalité et par des professionnels spécifiquement formés dans la prise en charge de cette pathologie.
5. Les troubles mentaux facilitent l'apparition d'addictions et on peut alors appliquer l'Hypothèse de l'Automédication que propose que les

drogues amélioreraient la symptomatologie psychiatrique. Cette interaction peut se donner, ou pas, avec une vulnérabilité psychobiologique partagée (exposée dans le numéro 4).

Dès lors, si les deux entités que forment la comorbidité sont considérées comme indépendantes, ou sont le produit d'une vulnérabilité iatrogène, il semble plus adapté d'utiliser le terme de "double diagnostic" à savoir, une présence simultanée et accidentelle des deux pathologies, qui peuvent dans ce cas être séparés et traités comme tel. Si, au contraire, on considère que la co-occurrence des deux troubles fait apparaître une nouvelle pathologie cliniquement différente des deux premières, il faudra miser sur une approche intégrative et utiliser le terme de « Pathologie Duelle ».

---

## DÉFINITION DE « PATHOLOGIE DUELLE »

---

On considère « Pathologie duelle » la présence comorbide d'un ou divers troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène à une modification des symptômes, une diminution de l'effectivité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution.

Le concept de « Pathologie duelle », implique que l'approche diagnostique et thérapeutique devra toujours être menée conjointement et globalement pour les deux troubles et que l'évolution et la rémission du patient dépendra de l'amélioration du tableau clinique de l'ensemble.

Le concept de « Pathologie duelle » implique que la rechute de l'un des deux troubles (psychiatrique ou addictif) provoquera forcément celle de l'autre, ce qui contraint les soignants à adopter des stratégies de prévention dès le début de la prise en charge de la rechute (quelle soit psychiatrique ou addictive) afin d'éviter réapparition de la comorbidité.

La dénomination « Pathologie duelle » vient du nom anglais « Dual Diagnosis » mais, actuellement, l'acception est clairement différente, puisque le terme anglais décrit uniquement la présence simultanée des deux troubles, mais sans tenir compte que cette co-occurrence va générer une nouvelle maladie nécessitant des stratégies thérapeutiques différentes de celles utilisées pour traiter l'un ou l'autre des deux troubles séparément. De ce fait le terme « Dual Diagnosis », peut sembler trompeur et peu adapté puisqu'il ne tient pas compte qu'il faille adopter un traitement intégral et simultané des deux troubles, ni même l'obligation de faire de la prévention de la rechute, lorsque l'un des deux troubles se

manifeste. L'utilisation de la dénomination anglophone « Dual Diagnosis » contribue à perpétuer la mauvaise approche séquentielle de la prise en charge (qui voudrait que l'on mette en place en premier lieu un traitement psychiatrique et, dans un deuxième temps, que l'on s'attache au traitement de l'addiction ou vice-versa), ce qui ralentira et compliquera lourdement la rémission du patient.

Le terme « Pathologie Duelle » est né à Sitges (Barcelone, Catalogne), il y a environ 25 ans (Miguel Casas, CITRAN, 1986), résultat d'une approche scientifique novatrice de prévention et de traitement des addictions, considérés déjà comme maladies psycho-organiques (approche très rare à l'époque) et lançait un appel à la psychiatrie afin de porter ses efforts dans le diagnostic et la prise en charge efficace des patients souffrant de cette pathologie.

Cette dénomination s'est tout d'abord à l'Espagne et au Portugal (Szersman N, de 1999 au 2014, Jornadas de Patología Dual, Sociedad Española de Patología Dual, Madrid), puis dans les pays de l'Amérique Latine. Depuis quelques années elle a rapidement acquis une grande reconnaissance au niveau international (II et III International Congress on Dual Pathology, Barcelona, 2011 et 2013).

Signalons qu'au cours de ce dernier Congrès International, nous avons proposé la nouvelle dénomination « Psychopathologie Duelle » (Dual Psychopathology), pour éviter la connotation légale de la dénomination anglaise « Dual Pathology » et favoriser la compréhension et l'acceptation psychiatrique du nouveau terme par les professionnels de la Médecine, qui utilisent parfois le terme « dual pathology » pour désigner les diverses comorbidités entre pathologies médico-chirurgicales (Casas *et al.* 2013). Cette nouvelle dénomination sera officiellement proposée dans le cadre du IV<sup>e</sup> Congrès International de Pathologie duelle qui se déroulera en 2015.

Il convient de noter que l'introduction progressive des notions théoriques et pratiques proposées par la « Pathologie duelle » a favorisé une nouvelle revalorisation de l'urgente nécessité d'accomplir l'intégration des deux réseaux conventionnels de la psychiatrie et des addictions, habituellement séparés. Elle paraît se dégager comme la meilleure option pour faire face à la forte augmentation de la consommation de substances psychotropes chez les patients psychiatriques.

---

## PROJETS D' ACTIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT THÉORIQUE ET CLINIQUE DU CONCEPT DE PATHOLOGIE DUELLE

---

Bien que le concept de « Pathologie duelle » soit progressivement accepté, malheureusement, son application clinique est loin de l'être facile. Les facteurs qui rendent difficile son implantation sont divers, mais il faut surtout noter que l'une des principales difficultés de son acceptation réside sur le fait que la Pathologie Duelle souffre encore d'un gros manque de connaissances théoriques et approches thérapeutiques qui empêchent, de forme très marquée, son introduction pratique dans les centres santé mentale et provoquent le rejet de la psychiatrie générale.

Les futures recherches dans le domaine devraient, ainsi, se focaliser sur les points suivants :

1. **Épidémiologie de la Pathologie Duelle.** Les prévalences connues actuellement sont basées sur des études menées aux USA et on n'a très peu de données sur la réalité européenne.
2. **Mécanismes étiopathogéniques** favorisant la comorbidité en Pathologie Duelle. Il semble que l'Hypothèse de l'Automédication soit la meilleure façon d'expliquer l'effet thérapeutique des drogues sur les patients psychiatriques.
3. **Description des nouveaux référentiels cliniques** résultant de l'interaction entre les troubles psychiques et les addictions. Nécessité d'une nouvelle psychopathologie focalisée en la dualité comorbide qui change, parfois complètement, le tableau clinique que présente le patient.
4. **Description de l'évolution clinique de la Pathologie Duelle.** Nécessité de guides cliniques facilitant le pronostic et la compréhension des processus de rémission et des facteurs favorisant les rechutes.
5. **Travaux de recherche pour favoriser le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques** pharmacologiques, psychothérapeutiques et sociales. Proposition d'une stratégie de soins concomitante et globale.
6. **Analyse des coûts des soins en Pathologie duelle.** Recherche théorique et pratique sur les coûts financiers, qui sont nettement plus onéreux que les soins conventionnels, afin de favoriser l'implantation d'un réseau des soins publique et économiquement supportable.

Dans le même temps, il faut se rapprocher des collectifs de professionnels travaillant en santé mentale - médecins, psychiatres, psychologues,

infirmiers, travailleurs sociaux, etc.- pour les intéresser à la théorie et à la pratique de la prise en charge de la Pathologie duelle.

---

## CONCLUSION

---

Le terme « Pathologie duelle » implique l'apparition d'une nouvelle pathologie résultant de l'interaction synergique entre les maladies mentales et les addictions qui vient se substituer aux concepts plus anciens et obsolètes de « double diagnose », « comorbidité », « cooccurrence », etc., qui rendent difficile la prise en charge globale des patients psychiatriques consommateurs de drogues.

La Pathologie Duelle a besoin d'une nouvelle approche psychopathologique pour décrire les caractéristiques symptomatologiques et rechercher de nouveaux traitements efficaces et efficients pour être utile du point de vue clinique et, au même temps, être acceptée pour la Psychiatrie Général et des Addictions, unique façon de pouvoir accomplir son introduction dans les réseaux sanitaires de l'assistance publique.<sup>1</sup>

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

CASAS M. (1986), « La Patología Dual como una forma de presentación de la comorbilidad entre Trastornos Psíquicos y las Toxicomanías », I Congreso CITRAN, *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías*, Sitges, Barcelona.

CASAS M. (1992), *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias.

CASAS M AND GOSSOP M. (1993), *Tratamientos Psicológicos en las Drogodependencias : Recaída y prevención de recaídas*, Barcelona. Ediciones en Neurociencias.

CASAS M. (1996), « La Comorbilidad entre los Trastornos Afectivos y las Conductas Adictivas a Sustancias

Psicótropas en el Contexto del Creciente Interés por la Patología Dual », *Opinión*, 5 : 2-6.

CASAS M., SZERMAN N., RONCERO C., VEGA P., BASURTE I. (2011), II International Congress on Dual Disorders-Dual Pathology : Addictions and other Mental Disorders, Barcelona, Spain, October 5-8.

CASAS M., SZERMAN N., RONCERO C., VEGA P., BASURTE I. (2013), III International Congress on Dual Disorders-Dual Pathology : Addictions and other Mental Disorders, Barcelona, Spain, October 23-26.

GLASS GS AND BOWERS MB (1970), « Chronic psychosis associated with long-

---

1. Il faut remercier le Dr. Arkaitz Aguerretxe Colina pour son aide qualifié à la rédaction de cet chapitre.

term psychotomimetic drug abuse », *Archives of General Psychiatry*, 23, 97-103

HARO G., BOBES J., CASAS M., DIDIA J., RUBIO G. (2010), *Tratado sobre Patología Dual : Reintegrando la Salud Mental*. Castellón. MRA Ediciones.

HASIN D., TRAUTMAN K., MIELE G., SAMER S., SMITH M., ENDICOTT J. (1996), « Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) : reliability in substance abusers », *Am. J. Psychiatry*, 153 : 1195-1201.

II INTERNATIONAL CONGRESS ON DUAL DISORDERS-DUAL PATHOLOGY : Addictions and other Mental Disorders, Barcelona, Spain, October 5-8, 2011.

III INTERNATIONAL CONGRESS ON DUAL DISORDERS-DUAL PATHOLOGY : Addictions and other Mental Disorders, Barcelona, Spain, October 23-26, 2013.

KESSLER R.C., CRUM R.M., WARNER L.A., NELSON C.B., SCHULENBERG J. AND ANTHONY J.C. (1997), « Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 54 : 313-321.

KHANTZIAN E.J., TREECE C. (1985), « DSM-III Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts », *Arch. Gen. Psychiatry*, 42 : 1067-1071.

KRANZLER H.R., ROUNSAVILLE B.J. (1998), *Dual Diagnosis and Treatment : Substance Abuse and Comorbid Medical and Psychiatric Disorders*, New York : Marcel Dekker.

KRANZLER H.R., TINSLEY J.A. (2004), *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment : Substance Abuse and Comorbid Disorders (Second Edition)*, New York : Marcel Dekker.

MEYER R.E. (1986), « How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders : Another example of the chicken and the egg », En : Meyer RE (ed), *Psychopathology and Addictive Disorders*, New York : Guilford Press, 3-16.

MUESSER K.T., DRAKE R.E., WALLACH M.A. (1998), « Dual Diagnosis : a review of etiological theories », *Addict Behav.* 23 : 717-734.

RASKIN V.D., MILLER N.S. (1993), « The Epidemiology of the Comorbidity of Psychiatric and Addictive Disorders : a critical review », *Journal of Addictive Diseases*, 12(3) : 45-57.

REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, GOODWIN FK. (1990), « Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse ». *JAMA*, 264(19) : 2511-2518.

ROSENTHAL RN. (2003), *Dual Diagnosis*, American Academy of Addiction Psychiatry, Hove, UK.

STOHLER R, RÖSSLER W. (2005), *Dual Diagnosis : The evolving Conceptual Framework*, Switzerland : Karger.

STONE M.H. (1973), « Drug-related schizophrenic syndromes », *International Journal of Psychiatry* 11 : 391-437.

SZERMAN N. (1999-2014), *Jornadas de Patología Dual*, Sociedad Española de Patología Dual, Madrid, Espagne.

SZERMAN N., MARTÍNEZ-RAGA J., PERIS L., RONCERO C., BASURTE I., VEGA P., RUIZ P., CASAS M. (2013), « Rethinking Dual Disorders/Pathology », *Addictive Disorders & Their Treatment Journal* 12(1):1-10.

TSUANG MT, SIMPSON JC AND KRONFOL Z (1982), « Subtypes of drug abuse with psychosis », *Archives of General Psychiatry* 39 : 141-147.

## Chapitre 2

# Épidémiologie et impact médico-économique

Amandine Luquiens, Michel Reynaud, François Paille

---

### ÉPIDÉMIOLOGIE DES PATHOLOGIES DUELLES

---

#### ► Généralités

Les pathologies duelles désignent la co-occurrence d'un trouble mental sévère et d'une pathologie addictive. La définition peut être plus ou moins large, intégrant toujours la schizophrénie et le trouble bipolaire, et s'étendant pour certains auteurs à d'autres maladies mentales comme les épisodes dépressifs majeurs, les troubles anxieux, certains troubles de la personnalité ou le trouble déficit attentionnel/hyperactivité. L'intérêt de la communauté scientifique pour cette co-occurrence est ancien, et des données de prévalence solides sont disponibles depuis les années 1990, et sont régulièrement remises à jour.

#### ● Population générale

Les pathologies duelles concerneraient environ 3 % de la population générale (SAMHSA 2012), dont près de 2 % si l'on ne considère que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Rush, Urbanoski *et al.* 2008). Dès 1990, Regier a montré auprès d'une large cohorte de 20 291

personnes aux États Unis que la prévalence vie entière des troubles de l'usage de substance chez les personnes souffrant d'un trouble mental était de 29 %, soit un odd ratio de 2,7 par rapport au reste de la population (Regier, Farmer *et al.* 1990). Ces chiffres ont été depuis revus à la hausse. La National Survey on Drug Use and Health est une enquête annuelle en population générale conduite par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) aux États Unis depuis 1971. En 2011, elle a permis d'interroger en face à face 70,109 personnes. (SAMHSA 2012). Elle a permis de recenser la co-occurrence d'un trouble de l'usage de substance, y compris d'alcool, et d'un trouble mental, y compris les idéations suicidaires, tentatives de suicide et épisodes dépressifs majeurs. Le pourcentage de troubles mentaux chez les usagers de substances illicites en 2011 est représenté figure 2.1. Les personnes ayant un trouble mental avaient un taux d'usage de substances illicites deux fois plus élevé que celles n'ayant pas eu de trouble mental dans l'année écoulée (25.2 vs 11.8). En ce qui concerne l'usage de tabac, la différence était légèrement moins marquée, mais les taux plus élevés (34.7 vs. 20.9). Pour les alcoolisations excessives la différence était beaucoup plus faible : 8.7 % pour les personnes ayant eu un trouble mental dans l'année vs. 6.2 % pour celles n'en ayant pas eu. Ce taux montait à 9.9 % de consommateurs excessifs chez les personnes ayant eu un trouble mental sévère dans l'année. Un intérêt particulier peut être porté aux personnes pratiquant le binge drinking, plus nombreuses également parmi celles ayant eu un trouble mental dans l'année, en particulier un trouble mental sévère (respectivement 26.7 % et 28.4 vs 23.5). Si on s'intéresse à la pathologie duelle de type maladie mentale et trouble de l'usage de substance hors tabac, on remarque que cette différence est encore plus marquée : sur 18.9 millions d'adultes ayant un trouble de l'usage de substance l'année écoulée, 42.3 % avaient un trouble mental co-occurent en 2011. Ce chiffre est assez proche de celui retrouvé dans une cohorte allemande en population générale en 1998, retrouvant 44.9 % des personnes ayant un trouble de l'usage de substance (alcool, nicotine ou substance illicite) et souffrant d'une comorbidité psychiatrique (Jacobi, Wittchen *et al.* 2004). En comparaison, chez les adultes n'ayant pas de trouble de l'usage de substance, seulement 17.6 % avaient eu un trouble mental dans l'année selon le SAMHSA en 2011. Chez les 45.6 millions d'adultes ayant eu un trouble mental l'année écoulée, 17.5 % avaient un diagnostic d'abus ou de dépendance (SAMHSA 2012). La tranche d'âge la plus touchée était celle des 18-25ans, avec 30 % d'abuseurs et de dépendants toute substance, hors tabac, parmi ceux ayant un trouble mental dans l'année, et 8.9 % en population générale. Cette tranche d'âge était aussi celle comprenant le

plus haut taux d'abuseurs et de dépendants parmi les troubles mentaux considérés comme sévères. Les personnes ayant un trouble mental sévère l'année écoulée étaient plus souvent abuseurs ou dépendants à l'alcool. Les hommes seraient légèrement plus nombreux à souffrir d'une pathologie duelle que les femmes. La différence rapportée était de 3.7 % vs 3.2 % aux États Unis, (SAMHSA 2012) et de 1.4 % vs 2.1 % au Canada, chiffres n'incluant que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Rush, Urbanoski *et al.* 2008). En ce qui concerne les personnes ayant traversé un épisode dépressif majeur l'année écoulée, 20.0 % vs. 7.3 % d'entre eux avaient un trouble de l'usage de substance, et, en particulier, 8.2 % vs 6.6 % d'entre eux consommaient excessivement de l'alcool (SAMHSA 2012). Le chômage et la précarité sociale étaient aussi des facteurs de risque de pathologie duelle.

Au total, près d'un tiers des personnes ayant un trouble mental présente une pathologie duelle, et cette proportion augmente avec la sévérité de ce trouble. En miroir, près de la moitié des personnes ayant une pathologie addictive présente une pathologie duelle. Les proportions varient en fonction des substances et des modes de consommation, mais on retrouve toujours un sur-risque par rapport à la population générale.

### ● Populations spécifiques

Les populations en milieu pénitencier seraient plus fréquemment confrontées à la pathologie duelle (Lukasiewicz, Falissard *et al.* 2007). Le taux de personnes ayant un trouble de l'usage de substance et une personnalité antisociale, une schizophrénie ou un trouble bipolaire serait plus élevé (Regier, Farmer *et al.* 1990).

En milieu de soins spécialisé en addictologie, il semblerait que le taux de pathologie duelle soit 7 fois plus élevé qu'en population générale. En Inde, 13 % des personnes fréquentant un établissement de soins en addictologie présentaient rétrospectivement les critères pour une autre maladie mentale (Basu, Sarkar *et al.* 2013). Aux États unis il a été retrouvé un taux de pathologie duelle de même ordre de grandeur, avec 12 % de malades comorbides dans une unité spécialisée (Virgo, Bennett *et al.* 2001). Ce taux pourrait être bien plus élevé en terme de prévalence vie entière, avoisinant les 70 % (Cridland, Deane *et al.* 2012).

En milieu de soins psychiatriques, plus d'un tiers des patients présenteraient une pathologie duelle (Hermle, Szlak-Rubin *et al.* 2013).

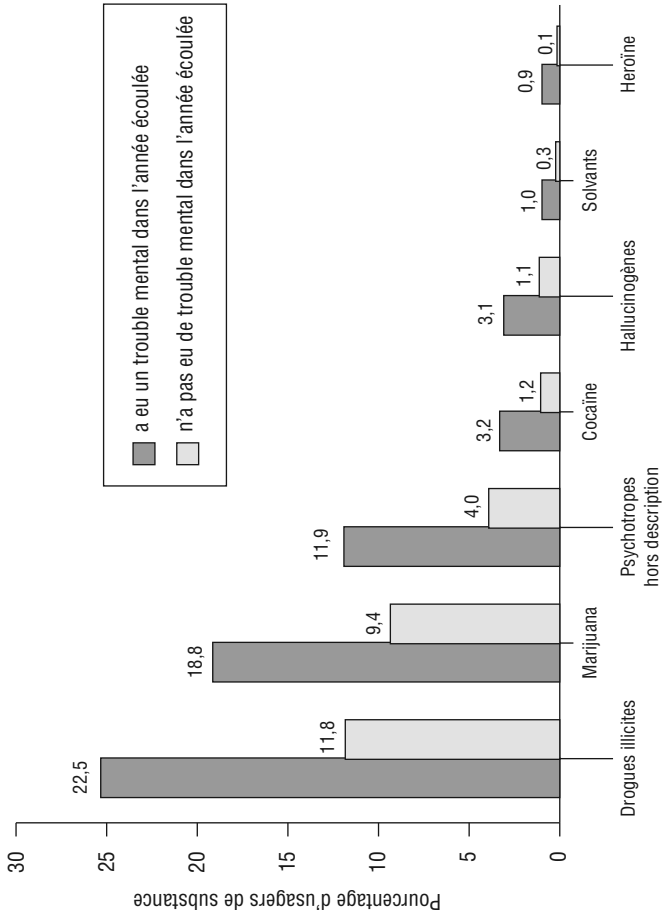


Figure 2.1. Usage de substances illicites et troubles mentaux chez les adultes de plus de 18 ans sur l'année 2011  
D'après (SAMHSA 2012)

## ► Spécificités selon les troubles mentaux

### ● Schizophrénie

La schizophrénie est la pathologie pour laquelle on dispose du plus de données concernant les troubles de l'usage de substance. Les prévalences de troubles de l'usage de substance chez les patients schizophrènes varient beaucoup selon les sources, oscillant de 30 % à 50 % sans prise en compte du tabac et jusqu'à 70 % des sujets en tenant compte du tabac (Regier, Farmer *et al.* 1990 ; Ziedonis, Smelson *et al.* 2005 ; Carra , Johnson *et al.* 2012). Il semble y avoir quelques différences dans les prévalences de pathologies duelles de type schizophrénie et trouble de l'usage de substance entre les pays. Les taux de pathologie duelle chez les schizophrènes en Europe selon les pays et les substances sont représentés sur la figure 2.2 d'après la cohorte EuroSC auprès de 1204 patients (Carra , Johnson *et al.* 2012). Les odds ratio comparatifs à la population générale selon le pays montrent un sur-risque d'alcoolodépendance pour les patients schizophrènes de 2.6 en Grande Bretagne, 1.7 en France et de 2.1 en Allemagne. On retrouve également un sur-risque de dépendance aux autres substances de 2.9 en Grande Bretagne, de 1.8 en France et de 4.3 en Allemagne (Carra , Johnson *et al.* 2012).

### ● Trouble bipolaire

Dès les années 1990, il a été décrit une prévalence très forte de troubles de l'usage de substance chez les patients bipolaires, concernant plus de la moitié d'entre eux (Regier, Farmer *et al.* 1990). Le diagnostic peut parfois être délicat, du fait de l'intrication des symptômes et de la difficulté à observer l'humeur en dehors d'une période de prise de produit. Cette difficulté est notamment rencontrée chez les usagers de psychostimulants comme la cocaïne (Goldberg, Garino *et al.* 2008), pour qui un trouble bipolaire pourrait être parfois surdiagnostiqué. Les troubles de l'usage d'alcool sont particulièrement fréquents chez les personnes présentant un trouble bipolaire. Un bipolaire sur trois aurait également un trouble de l'usage d'alcool (Di Florio, Craddock *et al.* 2013). Ce taux serait encore plus fréquent chez les hommes bipolaires, montant à deux sur trois. Les personnes ayant un épisode d'hypomanie dans l'année auraient un sur-risque respectivement de 3.6 et 2.9 d'abus/dépendance à l'alcool et d'abus/dépendance à une autre substance (Do and Mezuk 2013). Parmi les personnes souffrant d'un trouble bipolaire, 7.2 % présenteraient un trouble de l'usage de cannabis, comparé à 1.2 % en population générale (Lev-Ran, Le Foll *et al.* 2013).

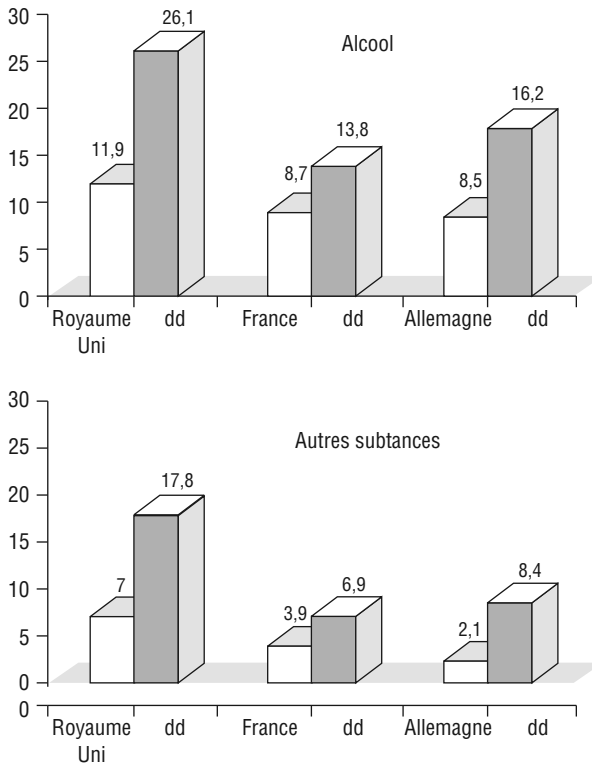


Figure 2.2. Taux de pathologie duelle chez les schizophrènes en Europe selon les pays et les substances (DD : pathologie duelle)

(D'après Carra , Johnson et al. 2012)

Au total, la pathologie duelle est extrêmement fréquente chez les patients schizophrènes et bipolaires, puisque les chiffres les plus conservateurs estiment qu'un bipolaire et un schizophrène sur trois présentent un trouble addictif hors tabac. Là encore le sexe ratio est en défaveur des hommes.

### ► Spécificités selon les addictions

#### ● Alcool

Un trouble mental serait retrouvé chez 37 % des personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool. Comme on l'a vu précédemment, la proportion de personnes comorbides est très variable selon le mode de