

# Le double diagnostic manqué et ses conséquences thérapeutiques

Congrès SSAM – Lugano, 6 et 7 septembre 2002 – Atelier 30f

Olivier Simon

Selon les données épidémiologiques, entre un quart et la moitié des sujets dépendants d'une substance psychoactive présentent un autre diagnostic psychiatrique et vice versa [1]. La notion de «double diagnostic» désigne cette coexistence d'un ou plusieurs diagnostics d'abus de substances avec un ou plusieurs autres diagnostics psychiatriques; elle se rapproche de la notion plus large de comorbidité et de la notion de cooccurrence, qui pose la question du lien ou non entre les différentes entités pathologiques [2]. Cinq hypothèses sont à envisager, par fréquence décroissante [3]:

- l'effet stimulant, sédatif ou psychoperturbateur d'une substance (ou des symptômes de sevrage) produisent des symptômes identiques à ceux définissant une pathologie psychiatrique;
- l'usage de substances cause ou aggrave des symptômes psychiatriques;
- une pathologie psychiatrique cause ou aggrave des comportements d'abus de substance;
- chaque diagnostic est causé par un troisième facteur;
- cooccurrence par coïncidence.

A cette complexité s'ajoute la validité, et même la fiabilité très relatives du diagnostic psychiatrique en lui-même, et les biais générés par la propre appréciation des patients sur leurs troubles. Dans l'enquête épidémiologique de référence NCS réalisée aux Etats-Unis au début des années 90, seuls 49% des sujets présentant un trouble de l'humeur rapportaient des «besoins d'aides perçus» (30% ayant effectivement consulté un professionnel de santé), alors qu'ils n'étaient que 21% des sujets présentant un trouble anxieux (14% ayant consulté). Pour les abus de substances, les chiffres tombaient à 14%, respectivement 7%. Moins de la moitié des patients ayant

consulté un professionnel de santé généraliste avait également consulté en santé mentale [4].

Voici trois vignettes cliniques qui illustrent ces difficultés telles qu'elles peuvent être rencontrées en médecine de premier recours:

*1<sup>er</sup> exemple:* cet homme de 45 ans vous est adressé au décours d'une brève hospitalisation pour un état dépressif, le patient ayant décliné la proposition de suivi en milieu spécialisé. Après quelque temps, le patient réapparaît suite à un passage au service des urgences de l'hôpital général de votre secteur après une attaque de panique. La lettre d'accompagnement fait état d'un bilan hépatique perturbé, sans autres commentaires, avec une prescription provisoire de benzodiazépine que le patient a pris au coup par coup. Le patient consomme du haschich à titre occasionnel. Dans cette vignette, la priorité est de détecter le plus rapidement possible la problématique d'alcool, car il est possible qu'elle explique à elle seule le tableau clinique [5].

*2<sup>e</sup> exemple:* cette femme de 35 ans souffre depuis une dizaine d'années d'un alcoolisme épisodique à raison de 5 à 6 semaines, 2 à 3 fois par année, habituellement dans un contexte de rupture sentimentale, et de difficultés professionnelles. D'après un confrère psychiatre qui l'avait vue deux années en arrière, il y aurait la notion d'un trouble de personnalité, ainsi qu'un problème de jeu pathologique. Un traitement antidépresseur puis neuroleptique atypique à faible dose a été arrêté après quelques mois, la patiente ayant pris 15 kg. En refaisant l'anamnèse familiale lors de votre deuxième contact, vous apprenez qu'une mère ainsi qu'une tante souffraient de troubles anxiodépressifs vagues. Les éléments en faveur d'une hypothèse «trouble bipolaire» étant réunis, la patiente pourra bénéficier d'un traitement thyroïdostimulateur, avec parfois une rémission complète [5].

*3<sup>e</sup> exemple:* cette homme de 26 ans est suivi au cabinet médical en traitement de substitution par la méthadone, 120 mg/jour, et passe de plus en plus irrégulièrement à la pharmacie, parallèlement à des consommations quasi-quotidiennes de cocaïne. Lors d'un récent et bref séjour à l'hôpital psychiatrique, un trouble bipolaire a été évoqué, alors que dans le rapport établi par un autre confrère, il était question de personnalité borderline, et

de «structure psychotique». Des essais de prescriptions thymorégulatrices et de neuroleptiques atypiques ont échoué en raison de la non-compliance. Le pharmacologue suggère un dosage plasmatique de la méthadone, mais le patient a raté tous ses rendez-vous pour une prise de sang. Une implication du réseau pour faire adhérer le patient à l'idée d'augmenter la méthadone prime effectivement, car la première hypothèse à éliminer ici serait celle d'un métabolisme rapide et d'un sous-dosage très important de la méthadone [6].

En conclusion, dans le but de minimiser le risque de doubles diagnostics incomplets ou manqués, les grands principes qui se dégagent sont:

- sensibiliser tous les patients à la notion de double diagnostic, et les impliquer en première ligne dans les démarches diagnostiques qui en découlent;
- impliquer le réseau sitôt que possible, dès les premiers contacts téléphoniques;
- à toutes les étapes des démarches diagnostiques, réduire les risques médico-psychosociaux, ce qui, du point de vue psychiatrique, implique une gestion attentive de la capacité de faire appel;
- profiter des conditions d'évaluation optimales lors de séjours en environnement protégé (hospitalisation, incarcération) pour affiner les diagnostics et pour éliminer des troubles psychiatriques induits, spontanément résolutifs dans le mois suivant sevrage ou stabilisation médicamenteuse;
- traiter au besoin simultanément les deux conditions [7];
- militer d'une part pour la promotion d'instruments de dépistage systématique des diagnostics d'abus de substances en soins généraux mais aussi psychiatriques, et d'autre part pour l'utilisation d'instruments standardisés permettant de fiabiliser le diagnostic psychiatrique.

## Références

- 1 Solomon J, Zimberg S, Shollar E. Dual diagnosis: Evaluation, Treatment, Training, and Program Development, New York. Plenum Medical Book Company 1993.
- 2 Plante MC. Comorbidité, in: Lalonde, Aubut & Grunberg, Psychiatrie Clinique, une approche bio-psycho-sociale, Montréal: Gaëtan Morin Editeur; 2002.
- 3 Brady KT, Halligan P, Malcolm R. Dual Diagnosis, in: Gallanter, The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment; 1998.
- 4 Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived Need and Help-Seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders, Arch Gen Psychiatry 2002;59:77–84.
- 5 Gammeter R. Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool. Forum Méd Suisse 2002;2:562–6.
- 6 Chin Eap. Nouvelles études psycho-pharmacologiques sur la méthadone: implications pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Revue Méd Suisse Romande 2000;120:111–6.
- 7 Carey K, Purnine D, Maisto S, Carey M, Simons J. Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness. Clinicians' perspectives. J Subst Abuse Treat 2000;19:189–98.