

---

---

## Chapitre 14

### Troubles associés à l'utilisation des drogues chez les personnes affectées d'une déficience de développement

Chrissoula Stavrakaki

---

#### Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Décrire les troubles induits par la consommation d'une substance.
2. Connaître la fréquence de diagnostic de ces troubles chez ce groupe de patients.
3. Décrire comment la consommation d'une substance affecte les personnes présentant une déficience de développement.
4. Décrire comment on peut traiter et gérer efficacement ces troubles chez les personnes affectées d'une déficience de développement.

#### Introduction

Pensez à des gens que vous avez rencontrés, qui font un usage abusif de certaines substances chimiques comme distraction sociale ou pour le soulagement du stress, ou simplement parce qu'ils ont développé une dépendance à l'égard de ces substances. Examinez vos sentiments et vos connaissances à cet égard. Les substances qui altèrent la conscience et la perception sont très dangereuses pour ceux qui en font usage, et également pour le public en général du fait des conséquences inévitables de leur utilisation

comme : accidents, délinquance et/ou comportements sociaux inappropriés. Nous partageons également le point de vue selon lequel l'identification précoce, le traitement approprié de ces troubles et le développement d'un réseau social ont une grande importance dans la gestion de ces troubles. Tout ceci demeure vrai pour les personnes affectées d'une déficience de développement qui abusent d'une substance. Ces personnes ont besoin de toute l'aide et de tout soutien qu'elles peuvent obtenir au niveau de l'évaluation et du traitement face à ces problèmes, et pour tenter de mettre fin à cet usage. Ces mesures peuvent contribuer à modifier la fréquence des incidents et de ces troubles chez les personnes affectées d'une déficience de développement, et elles en minimiseront également les séquelles, comme casier judiciaire, incarcération et autres conséquences négatives.

On a décrit dans ce livre l'utilisation du modèle biopsychosocial pour l'évaluation, le traitement et la prévention des troubles mentaux. De ce fait, il nous faut comprendre comment ces troubles apparaissent, quels facteurs interviennent dans leur manifestation, et comment le traitement des personnes et le réseau social jouent un rôle d'extrême importance dans la modification des conséquences.

### **Quels sont les troubles associés à l'utilisation abusive d'une substance?**

Selon le manuel Diagnostic and Statistical Manual (APA, 1994), la catégorie des troubles reliés à l'abus de drogues inclut les « troubles reliés à l'utilisation abusive d'une drogue (y compris l'alcool), aux effets secondaires d'une médication, et à l'exposition à une toxine ». Nous parlerons dans ce chapitre uniquement des troubles reliés à l'utilisation abusive d'une drogue. Les effets secondaires des médications et/ou de l'exposition aux toxines sont traités ailleurs dans ce manuel.

La dépendance à l'égard d'une substance chimique est caractérisée essentiellement par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques manifestant l'utilisation continue de

la substance chimique malgré des problèmes significatifs reliés à cette utilisation. Ceci se manifeste sous forme d'auto-administration répétitive, ceci conduisant habituellement à des phénomènes de tolérance, réactions de sevrage et utilisation compulsive de la drogue. Pour comprendre les divers aspects associés aux troubles reliés aux toxicomanies, nous devons consulter la définition de dépendance à l'égard d'une substance présentée dans le manuel DSM-IV (APA, 1994).

***La dépendance à l'égard d'une substance*** est définie comme un ensemble de trois (ou plus) symptômes définis par l'APA (1994) :

- « La tolérance (Critère 1) est la nécessité d'augmenter nettement les quantités de substance pour produire l'intoxication (ou l'effet désiré), ou désigne une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance » (p. 181).
- « Le sevrage (Critère 2a) est une modification comportementale inadaptée avec des concomitants physiologiques et cognitifs se produisant quand diminuent les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance à la suite d'une utilisation massive et prolongée. »

Afin de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage, la personne va probablement utiliser la substance (Critère 2b), typiquement à plusieurs occasions durant la journée.

- Un cycle d'utilisation compulsive (Critère 3) de la substance doit être présent. Ceci signifie que la personne concernée absorbe la substance en plus grandes quantités ou durant une plus longue période que ce qu'elle avait initialement envisagé, bien qu'elle sache qu'il ne s'agit pas d'un comportement normal pour elle et qu'elle ne contrôle plus la situation.

**Quels sont les principaux troubles reliés à l'utilisation abusive d'une substance?**

Les principaux troubles reliés à l'utilisation abusive d'une

substance sont les suivants :

- Troubles reliés à l'utilisation d'alcool
- Troubles reliés à l'utilisation d'amphétamines
- Troubles reliés à l'utilisation de caféine
- Troubles reliés à l'utilisation de cannabis
- Troubles reliés à l'utilisation de cocaïne
- Troubles reliés à l'utilisation des hallucinogènes
- Troubles reliés à l'utilisation de solvants volatils
- Troubles reliés à l'utilisation de nicotine
- Troubles reliés à l'utilisation d'opiacés
- Troubles reliés à l'utilisation de phencyclidine
- Troubles reliés à l'utilisation des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Quelle est la fréquence de ces troubles chez les personnes affectées d'une déficience de développement?

On a accordé peu d'attention dans le passé aux activités d'identification, d'évaluation et de traitement des troubles reliés à l'abus de substances dans cette population. La rareté relative des articles publiés et/ou études de recherche sur ce sujet est symptomatique du manque de compréhension et de reconnaissance de la fréquence de ces troubles au sein du groupe à double diagnostic.

La disponibilité de substances et les occasions d'utilisation pour ce groupe ont considérablement augmenté avec le processus de désinstitutionnalisation et le transfert de ces personnes dans un environnement communautaire (Longo, 1997). De ce fait, la prévalence de ces troubles a augmenté durant les dernières années (Westermeyer, Phaoblong & Neither, 1988; Westermeyer, Crosby & Nugent, 1998; Longo, 1997).

Dans le cadre de l'enquête National Household Survey on Drug Abuse (1994) (Enquête nationale sur l'utilisation de drogues) (1994) réalisée par la Substance Abuse and Mental Health Administration, 10,8 % des personnes interrogées admettaient avoir utilisé des drogues illicites durant les douze mois précédents. Dans leur étude qui a été largement diffusée, les docteurs Westermeyer,

Crosby et Nugent (1998) ont interrogé 642 personnes traitées du fait de leur utilisation abusive de substances dans deux cliniques affiliées à des universités. Les auteurs ont identifié deux sous-groupes manifestant des troubles reliés à cette utilisation : le groupe MR + SD (retard mental et trouble de toxicomanie) et le groupe SD (trouble de toxicomanie).

Les auteurs ont constaté que le groupe MR + SD représentait 6,2 % de la population totale. Ceci est très troublant, si on considère que les personnes affectées d'une déficience de développement représentent environ 1 à 3 % de la population générale. Ceci pourrait indiquer que la prévalence des crises et problèmes de santé mentale reliés aux toxicomanies est presque le double chez les personnes affectées d'une déficience de développement, par comparaison à la population générale.

D'autres données semblent émerger, indiquant la gravité et la fréquence élevée des déficiences développementales associées aux troubles reliés à la toxicomanie. Le programme SARDI (Substance Abuse Resources and Disability Issues) et le centre RRTC (Rehabilitation Research and Training Centre) sont basés à la faculté de médecine de l'université Wright de l'état de l'Ohio à Dayton. En 1996, le RRTC a publié des résultats indiquant que la déficience développementale était le principal handicap chez 4,3 % des personnes interrogées, tandis que la déficience d'apprentissage était le principal handicap chez 14,3 % des personnes interrogées. Dans le cadre de la même enquête, 12,8 % des personnes interrogées s'identifiaient comme souffrant de déficience développementale/retard mental et comme ayant utilisé des drogues illicites durant les douze derniers mois.

Malgré le peu de données disponibles dans ce domaine, il semble que la prévalence des troubles reliés à la toxicomanie soit identique ou supérieure chez les personnes affectées d'une déficience de développement (Annand & Rug, 1998). Ces personnes semblent également faire l'objet de crises et avoir besoin de services spécialisés presque deux fois plus que la population générale. De plus, le taux global de récupération est inférieur pour ce groupe. La

prévalence des effets de l'hérédité est similaire à celle observée dans la population générale; plus spécifiquement, on identifiait des taux d'alcoolisme plus élevés chez les pères des membres du groupe « DD (déficience développementale) + SD » (Westermeyer et al., 1998). Ceci peut indiquer qu'initialement la cause de la déficience développementale était une anomalie présente dans le sperme et/ou que l'influence environnementale joue un rôle très important dans la genèse de ces troubles (Edgerton, 1986; Westermeyer et al., 1998).

Quelles sont les caractéristiques des troubles reliés à la consommation abusive d'une substance chez les personnes affectées d'une déficience de développement?

Comme ceci a déjà été mentionné, les troubles reliés à la consommation abusive d'une substance se manifestent d'une manière similaire pour les personnes affectées d'une déficience de développement que pour la population générale. Cependant, on observe des caractéristiques spécifiques dans ce groupe, par comparaison à la population générale, comme suit :

- Les troubles reliés à l'utilisation abusive d'une substance, comme les autres problèmes de santé mentale, sont reliés au degré de dégradation des facultés cognitives. La prévalence de ces troubles est d'autant plus élevée que le QI est plus élevé (Edgerton, 1986; Campbell & Malone, 1991).
- L'hypothèse généralement admise selon laquelle les membres du groupe DD + SD seraient plus vulnérables aux effets d'intoxication des drogues a été partiellement vérifiée.
- Les personnes affectées d'une déficience de développement ont tendance à utiliser de l'alcool ou à utiliser des drogues illicites en quantités moins élevées, par comparaison à la population générale; de ce fait, leur identification est plus difficile; souvent, les prestataires de soins

considèrent ceci comme faisant partie du mode de vie des personnes concernées.

- Les limitations intrinsèques qu'affrontent les personnes affectées d'une déficience de développement dans leur vie et les troubles anxieux et de dépression que cela suscite (Stavrakaki, 1999; Stavrakaki & Mintsioulis, 1995; 1997) rendent ces personnes vulnérables à une utilisation croissante et abusive de substances altérant l'état de conscience, dans le cadre d'une automédication ou d'une recherche de soulagement du stress (Longo, 1997; Ruf, 1999).
- Les troubles mentaux qu'on rencontre fréquemment dans cette population, comme le trouble bipolaire et la schizophrénie, tendent à augmenter la prévalence des troubles reliés à l'utilisation de drogues dans ce groupe (Westermeyer et al., 1988; 1998; Longo, 1997).

### Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux suivants semblent influencer l'apparition de troubles reliés à la toxicomanie chez les personnes affectées d'une déficience de développement :

- Niveau d'éducation :  
On observe que leur niveau d'éducation est inférieur de 2 à 3 années académiques par comparaison à la population générale.
- État civil/conditions de vie :  
On constate que les personnes affectées d'une déficience de développement, atteintes d'une dépendance à l'égard d'une substance, sont généralement célibataires et vivent seules.

On a également observé d'autres différences entre les deux groupes :

- Âge lors de l'apparition du trouble :  
L'âge de commencement de l'utilisation abusive est plus élevé que pour la population générale.
- La gravité des troubles reliés à l'utilisation abusive d'une substance est moindre pour le groupe des sujets re-tardés mentaux.
- Le nombre de problèmes reliés aux crises est plus élevé pour ce groupe.
- Il est plus difficile de traiter efficacement par intervention à court terme les personnes affectées d'une déficience de développement qui sont devenues dépendantes à l'égard d'une substance chimique.
- La résistance face au processus de traitement et la médiocrité des résultats sont imputables à un manque de services spécialisés et de réseaux sociaux spécifiquement conçus pour les dépendances chimiques et les déficiences développementales.
- Le niveau de la limitation cognitive est également relié à la médiocrité des perspectives de réussite (on observe une résistance au processus d'autant plus élevée et des perspectives d'autant plus médiocres que le QI est plus bas) (Longo, 1997; Westermeyer et al., 1998; Ruf, 1999).

Quels types de toxicomanie rencontre-t-on chez les personnes affectées d'une déficience de développement?

À la lecture de la littérature récente, il semble qu'on rencontre au sein de ce groupe tous les types de troubles reliés à la consommation d'une substance chimique. Cependant, certains types de toxicomanie sont plus fréquents que d'autres. Cela pourrait être dû

au fait que ce groupe est exposé à une plus grande disponibilité et à de plus nombreuses occasions d'utilisation d'une substance chimique, comme la caféine, la nicotine et l'alcool. On constate également que ces troubles affectent plus fréquemment les sujets à niveau de fonctionnement élevé du groupe des personnes affectées d'une déficience de développement. En effet, la littérature ne mentionne que quelques exemples de sujet modérément déficients et presque aucun exemple de patient à déficience sévère ou profonde souffrant de troubles liés à l'utilisation d'une substance chimique. Ceci est en partie dû au fait que l'identification de ces troubles chez ces personnes est très difficile, et en partie au fait que ces personnes ont peu de possibilités ou d'occasions d'accéder à ces substances.

Les troubles liés à l'utilisation de caféine et de nicotine sont de loin les plus fréquents dans ce groupe. Comme dans d'autres populations de personnes présentant une déficience, la caféine et la nicotine sont des substances utilisées en grande quantité, et elles sont facilement accessibles et relativement peu coûteuses.

### **Le cas de Christophe**

*Christophe est un homme de 24 ans qui vivait dans sa famille jusqu'à il y a deux ans, lorsqu'il a été hospitalisé à la suite d'une « dépression nerveuse ». Il a fait l'objet de diagnostics de schizophrénie (Axe I), de trouble de personnalité dépendante (Axe II) et de déficience développementale de degré bas/modéré (Axe II).*

*Après son hospitalisation Christophe a été installé dans un environnement communautaire parce que ses parents ne pouvaient pas s'occuper de lui, compte tenu de ses problèmes et des besoins quotidiens suscités par sa maladie. Divers modes de soutien social ont été proposés à Christophe par l'intermédiaire d'une agence communautaire; ceci lui permettait alors de vivre raisonnablement bien indépendamment.*

*Une entrevue avec les parents a révélé que les comportements les plus perturbants de Christophe étaient les suivants :*

- *nervosité/impatience*
- *agitation*
- *agressivité*
- *insomnie*
- *colère explosive*

*Durant l'entrevue au sujet des habitudes de Christophe, ses parents ont manifesté leur frustration à l'effet qu'il se réveillait très tôt (4 h du matin) et commençait à fumer des cigarettes et à consommer du café. Christophe continuait ensuite à fumer à la chaîne et à boire du café « toute la journée ». Lorsqu'arrivait 16 h - 18 h, Christophe était d'une humeur impossible à contrôler et il n'y avait aucun moyen de le calmer.*

*Le seul moyen pour lui d'être « vivable » aurait été qu'on lui permette de continuer de s'adonner à ses « mauvaises habitudes ». De ce fait, ses parents étaient forcés d'adopter une position très difficile. Ils devaient verrouiller la porte de leur chambre, craignant d'être attaqués, et ils le laissaient s'adonner à ses mauvaises habitudes (caféine et nicotine) pour avoir une paix relative. Ils n'avaient pas compris – et personne ne le leur avait dit – que ces deux substances, aussi disponibles qu'elles puissent être dans notre vie de tous les jours, suscitent en fait de fortes dépendances, et que Christophe manifestait les symptômes classiques de ces deux dépendances. Il avait développé une dépendance à l'égard de la caféine, comme le révélaient les symptômes de sevrage et le besoin d'en consommer encore plus pour éviter ces symptômes.*

*Il avait également commencé à consommer ces substances chimiques en quantités incroyables pour obtenir les résultats*

*usuels (tolérance). Il manifestait un comportement d'utilisation compulsive d'une substance chimique. Sa dépendance l'occupait toute la journée et perturbait considérablement son assiduité à tout programme organisé durant la journée.*

*Dans le cadre d'un programme de réadaptation durant deux ans dans un hôpital, Christophe a pu modifier sa dépendance et la ramener à un niveau plus approprié (p. ex. seulement dix cigarettes par jour, et consommation de café décaféiné seulement, jusqu'à deux tasses par jour). Pour ne pas rechuter, Christophe a besoin de l'intervention d'un gestionnaire de cas qui le voit à intervalles de trois semaines ou plus fréquemment si nécessaire. Un ami intervient bénévolement pour aider Christophe à gérer son budget et à faire ses courses, et une aide ménagère l'aide à tenir son logement.*

Le cas de Christophe illustre la banalité de certaines dépendances et le fait qu'elles peuvent ne pas être identifiées par les membres de la famille, les travailleurs sociaux, les conseillers et les autres intervenants. Il souligne également les problèmes sociaux qu'affrontent des personnes comme Christophe et l'important besoin de traitement et de soutien social qui permettraient d'éviter des problèmes de santé mentale et un scénario « porte tournante ».

On peut absorber de la caféine de diverses manières : café, thé, boissons gazeuses caféinées, analgésiques et remèdes contre la grippe vendus sans ordonnance, stimulants et produits utilisés pour la perte de poids. L'utilisation moyenne de caféine aux États-Unis est d'environ 200 mg par jour. Les personnes qui consomment de grandes quantités de café manifestent à l'égard de la caféine certains symptômes de dépendance et de tolérance, et parfois des symptômes de sevrage. (Voir à la table 1 les critères complets de diagnostic de l'intoxication par la caféine.)

**Table 1 – Intoxication à la caféine**

(adaptation du texte de APA, 1994, p. 213)

Le diagnostic est établi s'il y a une utilisation excessive de caféine (habituellement plus de 2 à 3 tasses par jour), suscitant au moins cinq symptômes, ceci pouvant inclure les suivants :

*fièvre, nervosité, excitation, insomnie, faciès vultueux, diarrhée, perturbation gastro-intestinale, soubresauts, pensées et discours décousus, tachycardie ou arythmie cardiaque, périodes d'infatigabilité et/ou agitation psychomotrice.*

Il faut que l'impact des symptômes soit cliniquement significatif, dans la mesure où il affecte divers aspects du fonctionnement de la personne : social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Le manuel DSM-IV (APA, 1994) fait la distinction entre l'intoxication par la caféine et ce qui suit :

- A. Troubles anxieux induits par la caféine – symptômes d'anxiété imputables aux effets physiologiques directs de la caféine.
- B. Trouble du sommeil induit par la caféine – grave perturbation du sommeil suscitée par la caféine.

Tous les troubles liés à la caféine ont été observés chez des patients affectés d'une déficience développementale. On doit les envisager lorsque dans cette population on observe des symptômes et comportements d'agitation, d'agression, de perturbation du sommeil et de nervosité. Il est nécessaire d'identifier et de traiter ces troubles avant qu'on puisse présumer ou diagnostiquer tout autre problème de santé mentale. Les troubles induits par la caféine sont évitables dans une certaine mesure; par conséquent il convient d'examiner très sérieusement les moyens d'y parvenir, par exemple par l'emploi d'autres substances ne provoquant pas de dépendance.

### ***Troubles reliés à l'utilisation de nicotine***

L'utilisation de tabac, sous toutes ses formes, peut provoquer une dépendance et des symptômes de sevrage. Ceci est facilité par la disponibilité relative de ces produits; les effets produits sont dus à l'absorption plus ou moins rapide, selon la voie d'administration (orale plutôt que transdermique), et à la concentration en nicotine des produits utilisés. La dépendance à l'égard de la nicotine est très fréquente chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Tout comme dans la population générale, beaucoup de personnes dépendantes tentent de cesser de fumer; cependant, seulement un très petit nombre (jusqu'à 5 %) y parviennent. Le fait de fumer à la chaîne est très caractéristique de la dépendance suscitée par la nicotine; on observe très fréquemment ce comportement chez les adultes affectés d'une déficience développementale qui ont un niveau de fonctionnement élevé. Les effets dangereux de la nicotine sont bien connus. Les personnes affectées d'une déficience de développement subissent ainsi non seulement les effets néfastes pour la santé de l'utilisation de tabac, mais également les conséquences financières sur un budget déjà limité. À long terme, pour ce groupe comme pour les autres, la prévention du tabagisme est de loin la meilleure approche.

#### **Le cas de Paul**

*Paul est un homme de 27 ans qui vit dans un foyer de groupe dans la communauté, qui fournit un niveau de soutien élevé. Paul a vécu dans une famille d'accueil jusqu'à l'âge de 18 ans, quand une dépression a suscité son hospitalisation. Les problèmes suivants ont été diagnostiqués chez Paul durant son hospitalisation :*

- *troubles anxieux et de dépression (Axe I)*
- *trouble de personnalité dépendante (Axe II)*

- *légère déficience développementale (Axe II)*

*Après du counselling et un traitement avec des antidépresseurs, Paul a quitté l'hôpital après deux mois. Comme ses parents avaient beaucoup de difficultés à vivre avec Paul du fait de ses comportements extrêmes, Paul a été installé dans un appartement où il vit seul; il bénéficie du soutien d'intervenants externes (visites quotidiennes, et assistance pour la gestion de son budget, ses achats et la tenue de son appartement). Durant les six mois suivants, plusieurs membres du personnel ont noté qu'occasionnellement Paul semblait être «sous influence» et excitable, presque euphorique. Ils ont également remarqué à une occasion un empilement de bouteilles de bière vides près des placards de la cuisine. Les membres du personnel ont également observé à d'autres occasions que Paul pouvait être « déprimé, renfermé et très anxieux ». C'est à ces occasions que Paul manifeste ses pires comportements, comme les suivants :*

- *agression*
- *agitation*
- *impatience/nervosité*
- *insomnie*
- *fatigue*
- *tremblements des extrémités supérieures*
- *perte d'appétit*

*L'investigation auprès des membres de l'équipe qui aide Paul a révélé que :*

- *Paul a toujours eu une tendance à boire.*
- *C'est un comportement qui disparaissait et réapparaissait en fonction des « variations de l'humeur de Paul » (il boit plus quand il est déprimé, et moins lorsqu'il est excité/excitable).*

- *Ces variations d'humeur étaient déjà présentes lorsque Paul avait 14 ans, et c'est peu après qu'il a commencé à boire.*

*On a interrogé les parents de Paul à l'hôpital au sujet de son utilisation de produits alcoolisés. Ils considéraient que cela faisait partie de la personnalité de Paul, et ils n'en avaient pas fait mention. Les parents considéraient également que les excès de l'humeur de Paul faisaient partie de sa personnalité. Ils n'avaient pas fait le lien non plus avec le cas de l'oncle de Paul, dont les comportements étaient similaires (périodes d'« excitation » et de dépression). L'oncle était un alcoolique. Après l'identification du fait que le trouble mental principal de Paul était le trouble bipolaire, le traitement est devenu plus approprié et une action de désintoxication à l'égard de l'alcool a pu produire des résultats raisonnables. Il a cependant fallu réinstaller Paul dans un environnement plus protecteur dans la communauté, offrant un niveau de soutien plus constant et plus élevé.*

Le cas de Paul illustre les effets de l'utilisation abusive de substances comme l'alcool comme moyen d'automédication en présence d'une maladie mentale. Ceci peut ne pas être diagnostiqué durant très longtemps. Le cas ci-dessus illustre également les problèmes suscités par la non-compréhension et la non-détection d'une dépendance par les parents, les professionnels et les autres intervenants ou prestataires de services.

Dans la plupart des cultures, c'est l'alcool qui fait le plus fréquemment l'objet d'une utilisation abusive et qui est la cause d'une morbidité et d'une mortalité considérable. On observe fréquemment des troubles imputables à l'alcool chez les personnes affectées d'une déficience de développement (APA, 1994; Ferrara, 1992).

Sur la base des critères DSM-IV, les troubles les plus fréquemment observés sont les suivants :

- Dépendance et utilisation abusive d'alcool
- Troubles induits par l'alcool, comme l'intoxication, les symptômes de sevrage, le delirium, la démence, la psychose, les troubles anxieux et de l'humeur.

Parmi les personnes affectées d'une déficience de développement, les personnes dont le niveau de fonctionnement est plus élevé sont le plus fréquemment affectées par ces troubles. Il est difficile d'établir une estimation précise de la prévalence des troubles découlant de l'alcool dans ce groupe. Du fait de la non-divulgence de l'utilisation abusive et du fait que ces sujets sont célibataires et vivent seuls, il est impossible d'obtenir des taux de prévalence exacts pour cette population.

Les effets d'une utilisation abusive ne sont pas seulement chimiques, mais également sociaux. Westermeyer et al. (1998) ont signalé plusieurs cas de utilisation abusive de substances chez des personnes affectées d'une déficience de développement qui ont été victimes d'actes de délinquance durant ou après un épisode d'intoxication. Pour les hommes, il s'agissait d'agression physique et/ou de vol avec violence; pour les femmes, il s'agissait de viol et/ou d'agression physique (ou les deux). Les auteurs de ces violences étaient des personnes que les victimes avaient rencontrées dans le contexte de l'utilisation d'alcool ou d'une autre drogue, même si ces agressions se produisaient typiquement ailleurs.

### ***Autres troubles reliés à l'utilisation d'une substance chimique***

Les personnes affectées d'une déficience de développement sont souvent traitées avec de multiples médicaments dispensés sur ordonnance et avec d'autres substances connexes. De ce fait, elles peuvent développer des dépendances à l'égard de médicaments prescrites ou en vente libre, comme l'illustre le cas suivant.

### ***Le cas d'Irène***

*Irène est une femme de 40 ans qui réside actuellement dans un foyer de groupe. Irène a passé les vingt premières années de sa vie dans sa famille. Malheureusement, la mère d'Irène est décédée lorsqu'elle avait 20 ans. Son père et ses frères et sœurs ont considéré qu'ils ne pouvaient pas assumer confortablement la charge d'Irène, et ils l'ont « placée » dans une institution voisine.*

*Durant son séjour les troubles suivants ont été diagnostiqués chez Irène :*

- *réaction de deuil/chagrin*
- *troubles anxieux et de dépression (Axe I)*
- *légère déficience développementale (Axe II)*

*Divers régimes de médications ont été prescrits, et Irène s'est retrouvée avec un programme d'administration de multiples médications. Lors des dernières entrevues, Irène rappelait son besoin d'être en sécurité et d'être protégée, « l'insécurité et la panique » qu'elle ressentait « jusqu'au plus profond de son âme », et comment ces problèmes « se dissipent » lorsqu'elle absorbe une médication quelquefois aussi ordinaire que le Tylenol.*

*Irène a quitté l'institution lorsqu'elle avait 30 ans et a été placée dans un foyer de groupe dans la communauté. Elle a ressenti « initialement un manque de sécurité », mais elle a « aimé le changement ». Un mois après son arrivée au foyer, Irène a commencé à avoir de « graves crises » durant lesquelles elle percevait « un manque de sécurité et de protection ». Elle a pris l'habitude de s'adresser au personnel du foyer et de demander une « médication calmante ». Lorsque le personnel refusait de satisfaire sa demande, Irène s'adressait à la pharmacie voisine. Elle prenait du Tylenol chaque jour. Finalement, l'incapacité pour Irène de payer ses*

*achats l'a conduite à recourir au vol. Elle a été prise en flagrant délit et remise à la police; ceci a conduit à un stage de réadaptation dans une unité spécialisée. Irène a bien réagi à l'action de conseil et de psychothérapie individuelle, qui a atténué quelque peu les sentiments de culpabilité qui avaient assailli Irène durant tant d'années au sujet de la disparition de sa mère.*

Le cas d'Irène illustre les principales difficultés qu'affrontent dans leur vie les personnes affectées d'une déficience de développement, et l'ampleur des soutiens nécessaires pour que de tels événements puissent être évités. Ce cas souligne également la nature complexe des troubles découlant de l'utilisation d'une substance chimique par les membres de ce groupe.

#### L'importance d'une identification précoce et du niveau approprié de traitement pour ce groupe

Comme on l'a vu dans les cas décrits ci-dessus, les phénomènes de dépendance et les troubles découlant de l'utilisation d'une substance chimique ont tendance à être banalisés, et ils ne retiennent pas l'attention. Ils sont également souvent considérés comme « faisant partie de la vie et des habitudes des sujets concernés », si bien que l'entourage a tendance à nier l'ampleur des effets néfastes des dites « habitudes ». Les prestataires de services et les parents des patients sont souvent réticents à mentionner les comportements de dépendance de leurs enfants et clients, pour ne pas les trahir et aussi du fait des sentiments de culpabilité que cela suscite. Il est également difficile d'observer les habitudes quotidiennes et les routines des sujets, puisque beaucoup de ces personnes vivent seules et mènent une vie assez secrète. La confidentialité et l'intimité sont des valeurs sociales très importantes, que nous apprécions tous; cependant, lorsqu'un problème de santé mentale ou physique est soulevé, il convient de sérieusement remettre en question nos droits à l'intimité et à la confidentialité, et la priorité devrait être accordée à des mesures appropriées de restauration de la santé des personnes concernées.

Face à un problème de santé mentale, l'identification précoce, un bon diagnostic et l'administration du traitement approprié sont des facteurs d'importance primordiale, parce que ces troubles peuvent conduire à des problèmes qui pourraient être presque impossible de résoudre.

Dans le cas de Christophe, sa sérieuse maladie mentale masquait sa dépendance à l'égard de la caféine et du tabac; cependant, l'utilisation excessive de ces substances était en partie responsable des symptômes qui perturbaient sa vie sociale.

Dans le cas de Paul, la dépendance observée était le résultat de sa maladie mentale principale. Cependant, la dépendance elle-même provoquait des effets néfastes importants et compliquait son traitement, du fait de la prolongation de son hospitalisation. Ces effets nécessitaient également une importante intervention sociale, ce qui conduisait à une vie sociale moins indépendante et avec plus de restrictions que celle dont il aurait pu jouir en l'absence de ces complications.

Dans le cas d'Irène, la dépendance à l'égard d'une substance chimique agissait initialement comme source de soulagement du stress, mais devenait ensuite une source d'interférence négative dans sa vie.

Dans les trois cas, les troubles liés à l'utilisation d'une substance chimique étaient d'origine familiale (autre cas connu dans la famille) ou provoqués par d'autres problèmes de santé mentale et/ou circonstances de la vie. Une identification précoce et le traitement approprié des pathologies sous-jacentes de ces problèmes auraient minimisé les complications suscitées par ces dépendances.

### Quelles sont les connaissances existantes qui permettraient d'aider ces personnes?

Dans beaucoup de centres de désintoxication/réadaptation, on emploie des modalités de traitement génériques pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'une substance chimique. Du fait

des longues listes d'attente et du manque de spécificité en ce qui concerne le traitement des groupes DD + SD, il est virtuellement impossible d'agir suffisamment et de modifier suffisamment les troubles observés, et de satisfaire les besoins spécifiques de nos clients. De plus, beaucoup de modalités de traitement disponibles ne peuvent être réellement utiles à ce groupe de personnes, parce que leur limitation cognitive ne leur permet pas de participer sur un pied d'égalité à des activités comme sessions de groupe, sessions de conseil en groupe, ou thérapies individuelles qui ne sont pas spécifiquement adaptées à ces clients. Les facteurs comme le sentiment d'insécurité, la frustration, l'incapacité et la faible estime de soi qui en découlent peuvent aboutir à des effets néfastes chez ces clients.

La situation est très difficile à vivre pour ces clients, du fait du manque d'expertise spécialisée parmi les diverses équipes de professionnels, y compris en psychiatrie. Pour que ces centres puissent réellement produire des effets bénéfiques, ces clients ont besoin d'interventions de soutien individuel, d'instructions et explications spécifiques, et de la reconnaissance des réalités de leur vie (implication limitée dans la communauté, budget limité, soutien limité d'un cercle familial étendu, et réseau de soutien réduit).

Examinons les divers moyens qui permettraient d'agir sur les troubles liés à l'utilisation abusive d'une substance. Une fois encore, il est utile d'insister sur la prévention (primaire ou secondaire), qui constitue le meilleur moyen d'éviter ces problèmes. Une meilleure éducation du public et la sensibilisation à l'égard des nombreux effets néfastes de l'utilisation abusive d'une substance permettraient non seulement d'éviter qu'une personne devienne dépendante, mais également de réduire l'incidence totale des déficiences développementales et d'apprentissage.

### **Modalités de traitement**

Comme pour tout autre trouble mental, le modèle biopsychosocial permet un traitement des troubles liés à l'utilisation abusive d'une substance chimique.

### ***Médication/remèdes biologiques***

La médication demeure un mode de traitement utile que les professionnels peuvent utiliser pour le traitement des maladies mentales. Chez les personnes affectées d'une déficience de développement qui font un usage abusif d'une substance chimique, très peu de ces remèdes peuvent améliorer le taux de succès en conjonction avec les autres approches. Les principales médications, spécifiques à ces personnes, sont les suivantes :

#### ***Interventions spécifiques avec les médications suivantes :***

- *Agents de stabilisation de la sérotonine* : La sérotonine affecte ou est responsable de : l'humeur, le contrôle de l'impulsivité, l'émotivité et le manque d'estime de soi. De ce fait, les médications qui améliorent la transmission de la sérotonine (p. ex. la fluoxétine, la sertraline, le citalopram) peuvent modérément réduire l'utilisation de l'alcool.
- *Agents anxiolytiques* : Les médications anti-anxiété se sont révélées très utiles pour le traitement de l'usage abusif d'une substance chimique, particulièrement en relation avec des troubles anxieux sous-jacents. Cependant, certaines médications anxiolytiques peuvent susciter une dépendance; de ce fait, on les utilise usuellement dans les situations de crise aiguë, tandis que beaucoup de professionnels les évitent. Le buspirone (Buspar) est un agent anti-anxiété sans benzodiazépine, qui peut également stabiliser la sérotonine et réduire l'utilisation abusive d'alcool ou d'autres substances.
- *Naltrexone* : Le naltrexone est l'une des médications les plus prometteuses pour les cas de désir d'alcool et utilisation abusive d'alcool. Des études réalisées dans les hôpitaux d'anciens combattants (patients adultes) ont révélé que dans les cas d'utilisation intensive d'alcool, le naltrexone réduit le taux de rechute d'environ 50 % sur une période de douze semaines. Cette médication semble également réduire plus qu'un placebo le désir d'alcool. D'autres études spécifiques à notre groupe de clients sont nécessaires pour la détermination

de l'efficacité du naltrexone pour cette population.

- L'Antabuse est utilisé depuis de nombreuses années et s'est révélé être assez utile pour le traitement de l'alcoolisme. L'Antabuse agit par blocage de la déshydrogénase de l'acétaldéhyde, une enzyme du foie responsable de l'élimination de l'acétaldéhyde, le principal sous-produit de la dégradation de l'alcool. Lorsqu'une personne à qui l'Antabuse a été administré consomme de l'alcool, elle subit des effets secondaires désagréables, qui peuvent parfois être très dangereux. Par conséquent, il est préférable d'utiliser le naltrexone pour les personnes affectées d'une déficience de développement.
- Pour les cas de dépendance à l'égard de la caféine et de la nicotine, des mesures comme une alimentation saine, des exercices pour diminuer/gérer le stress et autres programmes qui peuvent améliorer l'estime de soi et réduire les niveaux d'anxiété, sont très bénéfiques pour le traitement de ces troubles. Divers moyens sont disponibles pour le traitement de la dépendance à l'égard de la nicotine, comme administration de médication par timbre cutané, Zyban (agent anti-compulsion), cigarettes à teneur réduite en nicotine et gomme.
- Pour d'autres situations de dépendance importantes, des interventions plus spécifiques avec médications, thérapies, hospitalisation, programmes de patients ambulatoires et programmes de désintoxication/réadaptation, peuvent être nécessaires pour la modification des comportements et la réduction de la dépendance.

On ne dispose pas actuellement de suffisamment de données pour évaluer les résultats des traitements d'une manière spécifique à cette population. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour l'obtention d'information utile qui pourrait être utilisée comme base d'élaboration d'autres programmes de recherche. Des centres de traitement comme par exemple Waryas House à Poughkeepsie, New York ont été établis spécifiquement pour mieux desservir cette population et améliorer les résultats.

### ***Thérapies psychologiques***

Ces méthodes de thérapie sont très importantes pour le traitement de ces troubles. Tous les types de psychothérapie peuvent être très utiles pour le traitement de dépendance chez les personnes affectées d'une déficience de développement. La modification des psychothérapies en fonction du niveau d'aptitude cognitive est un facteur très important, tout comme la constatation du fait que chaque étape thérapeutique doit être analysée et scindée en étapes plus petites et plus faciles à maîtriser. La thérapie cognitive, la thérapie brève concentrée (« brief focused therapy ») et les thérapies par l'art/le jeu ont été utilisées avec beaucoup de succès dans divers centres de traitement des dépendances, pour le traitement de problèmes sous-jacents comme la dépression, l'anxiété et une faible estime de soi. L'emploi de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale comme modes de thérapie auxiliaires est très important. Ces méthodes améliorent les relations existantes et la compréhension de la maladie elle-même par la personne concernée et/ou sa famille, ainsi que la compréhension d'autres facteurs qui contribuent à la persistance de ces troubles.

### ***Thérapies sociales – thérapies environnementales/de milieu***

Les interventions sociales ont la même importance, et doivent être proposées si c'est possible simultanément avec les autres approches. Ces méthodes permettent d'examiner le mode de vie de la personne concernée dans sa totalité. Pour établir un mode de vie sain, il est particulièrement important de tenir compte de tous les facteurs impliqués : logement, finances, occupations de la journée, réseau social, activités récréatives et exercices physiques. Ces méthodes sont utilisables en complément d'autres thérapies, et elles produisent des taux de succès supérieurs grâce à une action positive sur la présentation des symptômes et par la prévention des rechutes ultérieures, et du scénario « porte tournante ».

Le docteur Matthew Ferrara a développé un modèle de traitement des dépendances pour les patients DD/SD. Il suggère que les conseillers devraient envisager une plus longue durée pour le traitement (peut-être trois à quatre fois plus longue), devraient

prévoir de répéter plusieurs fois les interventions, d'utiliser judicieusement les exercices écrits et que ceux-ci soient simples.

Les entraves au succès des interventions identifiées par les divers experts sont les suivantes :

- taux élevé de rotation du personnel
- besoin de soutien à long terme
- circonstances familiales et collusion au sein du système familial
- sentiments d'incompétence, manque d'estime de soi et frustration, qui peuvent favoriser la spirale de la dépendance
- solitude, isolation sociale et absence de conjoint peuvent piéger ces personnes dans leur dépendance
- limitations cognitives qui entravent l'obtention de meilleurs résultats
- excès de sympathie de la part des conseillers et membres de la famille, qui peuvent ne pas confronter le patient (membre de la famille ou client) à l'égard de sa dépendance
- services existants destinés au traitement des troubles découlant de l'abus des substances chimiques, qui sont mal organisés et orientés vers une « récupération rapide », ceci n'étant pas compatible avec le cas des personnes affectées d'une déficience de développement qui utilisent abusivement d'une substance chimique

Finalement, les progrès de la médecine et de la technologie, une augmentation des soutiens financiers et de la disponibilité de programmes spécifiques pour ces clients particuliers amélioreront certainement les résultats, amélioreront la qualité de vie et augmenteront notre compréhension de ces troubles.

Comme l'a indiqué Tomasulo en 1998, pour les personnes affectées d'une déficience de développement qui sont également l'objet d'une dépendance, les canaux usuels de traitement des dépendances ne sont pas préparés ni enclins à dispenser des services efficaces. Il ajoute que la combinaison des limitations

cognitives, des retards de développement et de l'intervention psychiatrique suscite un besoin d'approches différentes du traitement de l'abus d'utilisation d'alcool.

## Sommaire

Nous avons tenté dans ce chapitre de présenter de l'information utile sur les troubles associés à l'utilisation d'une substance chimique par les personnes affectées d'une déficience de développement. Nous avons présenté des moyens permettant d'identifier ces troubles chez les membres de ce groupe, des méthodes utilisables pour l'identification précoce et l'évaluation et les approches de traitement existantes, avec quelques exemples concrets qui devraient permettre au lecteur de mieux comprendre les modes d'apparition et de manifestation des troubles eux-mêmes, et les souffrances de ceux qui en sont affectés. Nous avons souligné les moyens qui permettraient de prévenir beaucoup de ces troubles/dépendances, afin de faciliter le processus de prévention primaire dont cette population a particulièrement besoin.

### **Connaissez-vous / Savez-vous?**

1. Quels sont les troubles découlant de la consommation abusive d'une substance?
2. Lesquels parmi ces troubles affectent particulièrement les personnes affectées d'une déficience de développement?
3. Quelles sont dans cette population les caractéristiques spécifiques des troubles découlant de la consommation abusive d'une substance?
4. Quelles sont les connaissances existantes qui permettent d'aider ces personnes face à leur souffrance?
5. Certains de ces troubles sont-ils évitables?
6. Quels modes de soutien devons-nous développer pour aider cette population?

## Ressources

- Longo, L. (1997). Alcohol abuse in persons with developmental disabilities. *The Habilitative Mental Health Care Newsletter*; 16(4), 61-64.
- Substance Abuse Resources and Disability Issues (SARDI) Newsletter Online (1997) *Substance Abuse* 8(1).

## Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Annand, G.N. & Rug, G. (1998). Over-coming barriers to effective treatment for persons with mental retardation and substance abuse problems. *National Association for the Dually Diagnosed Bulletin*, 1(2), 14-17.
- Campbell, M., Malone, R. (1991). Mental retardation and psychiatric disorders. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 374-389.
- Edgerton, RB. (1986). Alcohol and drug use by mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 602-609.
- Ferrara, M. (1992). *Substance abuse treatment for persons with mental retardation*. Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.
- Longo, L. (1997). Alcohol abuse in persons with developmental disabilities. *The Habilitative Mental Health Care Newsletter*, 16(4), 61-64.
- National Household Survey (1994). *Drug abuse, substance abuse and mental health services administration*.
- Ruf, G. (1999). Addiction treatment for people with Mental Retardation and hearing disabilities: Why we need Specialized Services. *The National Association of Developmental Disabilities Bulletin*, 2(3), 95-101.
- School of Medicine, Wright State University (1996). *Substance abuse among consumers of vocational rehabilitation services: Executive summary of an epidemiological study rehabilitation research and training centre on drugs and disability*.

- Stavrakaki, C. (1999). Depression, anxiety and adjustment disorders in people with developmental disabilities. In N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation* (pp. 175-187). Boston, MA: Cambridge University Press.
- Stavrakaki, C. & Mintsioulis, G. (1995). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders in Downs syndrome individuals: Comparison with obsessive-compulsive disorders of non-Downs mentally retarded persons. In *Proceedings of the International Congress II on the Dually Diagnosed*. (pp. 52-56). Boston, MA.
- Stavrakaki, C. & Mintsioulis, G. (1997). Anxiety disorders in persons with mental retardation: Diagnostic, clinical, and treatment issues. *Psychiatric Annals*, 27,182-189.
- Substance Abuse Resources and Disability Issues (SARDI) Newsletter Online (1997) *Substance Abuse*, 8(1), Fall.
- Tomasulo, D. J. (1998). Drug abuse treatment for people with mental retardation. Who will do it? *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 1(1), 20-22.
- Westermeyer, Y., Crosby, R., Nugent, S. (1998). The Minnesota Substance Abuse Problems Scale: Psychometric analysis and validation in a clinical population. *American Journal on Addictions*, 7(1), 24-34.
- Westermeyer J., Phaoblong, T., Neither, J. (1988). Substance use and abuse among mentally retarded persons: A comparison of patients and a survey population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 14,109-123.