

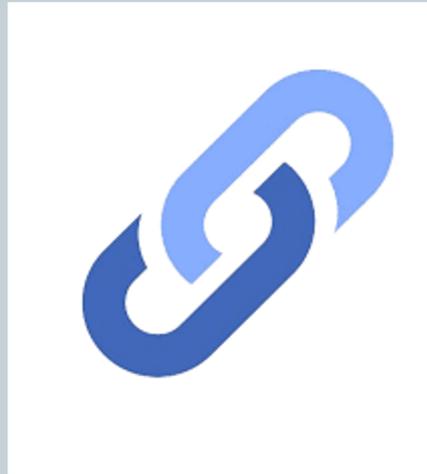
# Comorbidités addiction/psychiatrie



**Mercredi 10 mars 2021**  
**DESC ADDICTOLOGIE**  
**DR CHLOE LUCET**  
**CHSA- GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences**



Constat clinique:Présence de comorbidités troubles  
psychiatriques /addiction est fréquente dans la  
pratique clinique quotidienne



# EPIDÉMIOLOGIE



TABLE A1

Summary of the most recent data reported to the EMCDDA on the co-morbidity of drug use and mental health problems in EU Member States and Norway

Country	Prevalence of psychiatric co-morbidity (year of data collection)	Reference population	Type of disorder/notes
Austria	51 % (2010)	Drug users in treatment	n.a.
Belgium	54 % (2010)	Drug users in treatment	Type of disorder – n.a. 41 % moderate; 13 % severe
Bulgaria	2–10 % (2008)	Drug users in treatment from different types of facilities	n.a.
Croatia	21 % (2010)	Drug users in treatment	Mainly opioid users: 86 % of whom have a co-morbid disorder Personality disorders, 20 % Behavioural disorders, 23 % Schizophrenia, 16 %
Cyprus	5–43 % (2009)	Drug users in treatment	Depression Difficulties in concentration Stress
Czech Republic	7 % (2001–05)	Methamphetamine users admitted to hospitals	Psychotic disorder
Denmark	11–29 % (2002)	Psychiatric patients	Schizophrenia Affective disorders Stress-related disorders Personality disorders
Estonia	25 %	Prisoners	n.a.
Finland	>50 % (2010)	Drug users in treatment (especially misusers of buprenorphine)	Depression
France	55 % (2009)	Prisoners (incoming inmates)	Anxiety Depression
Germany	28–52 % (2010)	Psychiatric patients	Anxiety disorders, 23 % Affective disorders, 19 % Somatoform disorders, 9 % Attention deficit hyperactivity disorders, 9 %

# National Comorbidity Survey

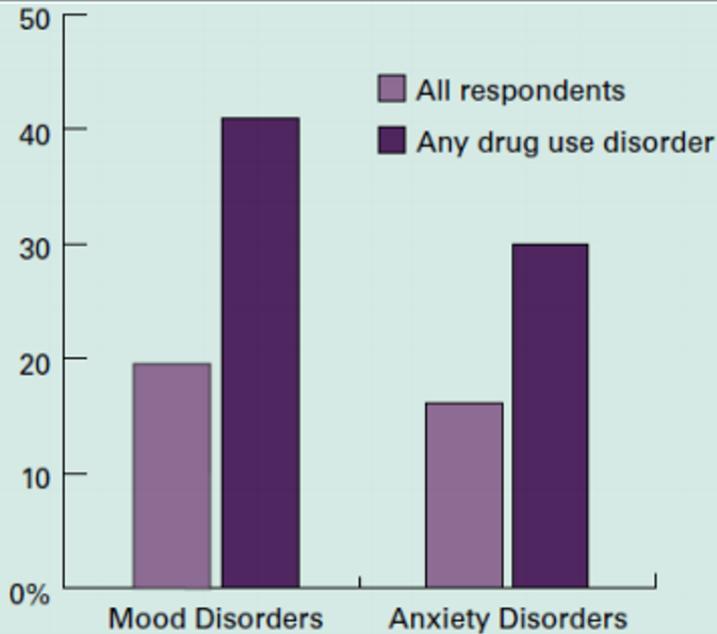


- Cohorte NCS : Parmi les personnes ayant déjà présenté un trouble mental ,
  - 51% avaient présenté un trouble addictif dans leur vie  
=> risque x/2,4 /pop G
  - 14,7% un tb addictif sur l'année écoulée

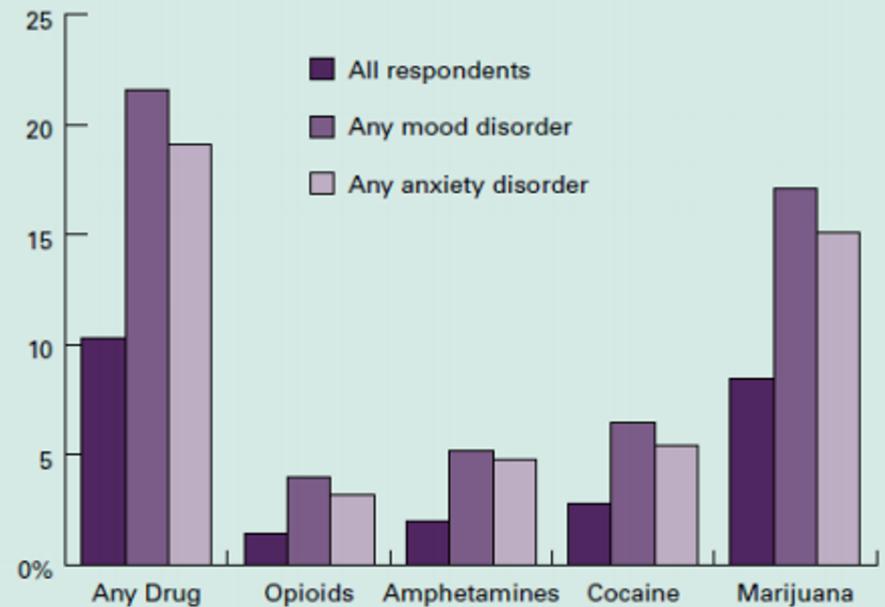
# NESARC



## Troubles Anxieux ou de l'Humeur selon la présence d'addiction



## Addiction selon la présence de Troubles Anxieux ou de l'Humeur





**TABLE 1.** Comparison and association of rates of transition from substance use to substance use disorder (SUD) in individuals with and without a lifetime diagnosis of any mental illness\* in the NESARC 2001–2002

Substance	No mental illness		Any mental illness		<i>p</i> -Value (chi-square test)	Unadjusted OR <sup>†</sup> (CI)	<i>p</i> -Value	Adjusted OR <sup>†,‡</sup> (CI)	<i>p</i> -Value
	% (N)	SE	% (N)	SE					
Cocaine	37.08 (383)	1.86	51.93 (776)	1.66	***	1.83 (1.51–2.23)	***	1.71 (1.40–2.08)	***
Cannabis	33.08 (1,272)	.99	48.60 (2,025)	1.05	***	1.91 (1.70–2.15)	***	2.05 (1.82–2.31)	***
Nicotine	28.01 (2,812)	.66	55.73 (3,918)	.77	***	3.24 (3.00–3.49)	***	2.95 (2.72–3.20)	***
Alcohol	29.90 (6,077)	.77	48.45 (5,766)	.77	***	2.2 (2.08–2.34)	***	2.53 (2.37–2.70)	***
Hallucinogens	20.14 (163)	1.52	35.02 (460)	1.69	***	2.14 (1.69–2.71)	***	2.14 (1.67–2.73)	***
Inhalants	14.21 (29)	2.82	21.81 (109)	2.41	.04	1.68 (1.00–2.84)	.05	1.61 (.92–2.81)	.10

SE, standard error.

\*Any mood, anxiety, personality, and psychotic disorder; \*\*\* $p < .0001$ ; <sup>†</sup>The reference group is individuals without any lifetime diagnosis of a non-SUD psychiatric disorder; <sup>‡</sup>Adjusted for sex, age, race, educational level, household income, region, and urbanicity.

# Genomic Psychiatry Cohort



concernant les consommations de SPA( en dehors de tt diag d'addiction):

Les patients présentant un tb psychotique sévère ont des consommations de SPA élevées/pop G:

-risque fumeur x/4,6

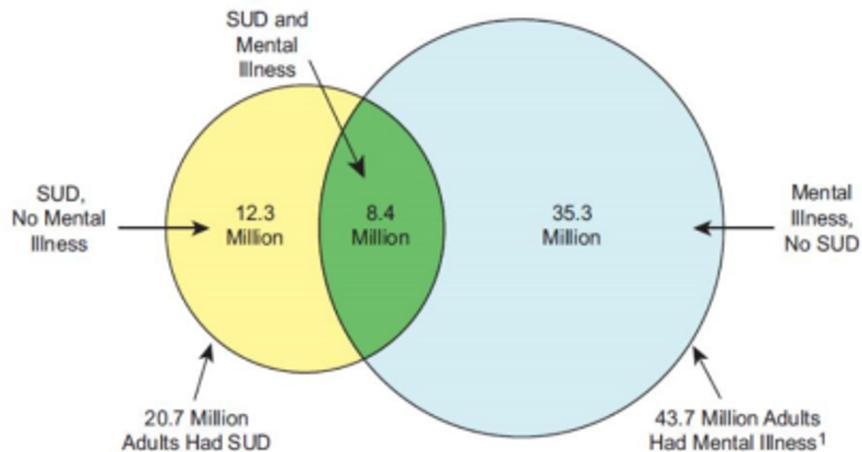
-risque consommer plus de 4UI OH/J x/4

-risque de consommer du cannabis (plus de 21 fois/an) x/3,5

(OR ajusté selon données socio éco)



**Figure 5.2 Past Year Substance Dependence or Abuse and Mental Illness among Adults Aged 18 or Older: 2012**



*D'après SAMHSA 2013 : Abus ou dépendance à une substance ou trouble mental sur un an chez les sujets de 18 ans et plus en 2012*

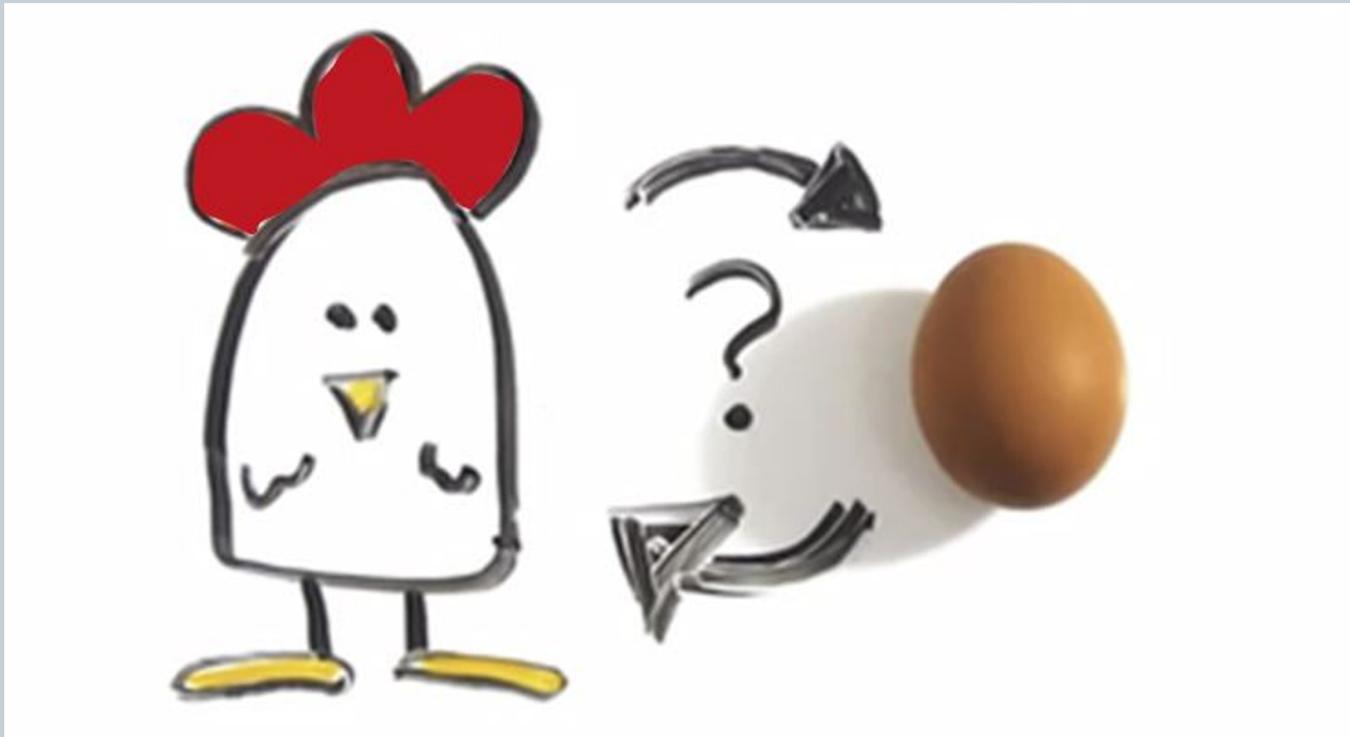


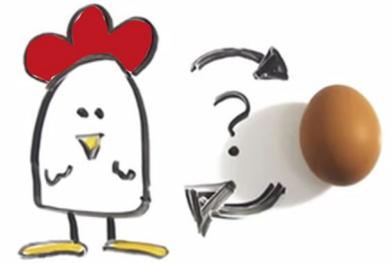
=> Variations entre études mais au total, près d'un tiers des personnes présentant un tb mental présente une pathologie duelle, et cette proportion augmente avec la sévérité de ce trouble/surrisque par rapport à la pop G

=> D'autant plus élevé en pop spé: en soins spés d'addicto: 7 fois plus de path duelle/pop G, en service de psy (1/3 souffrant d'addiction), en milieu pénitentiaire...

Pathologie duelle : 3% en pop G

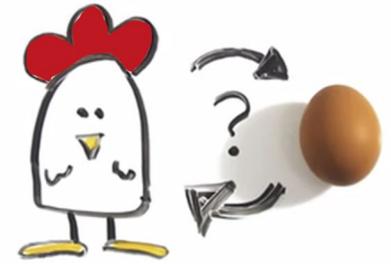
# Relations tb psy/addicto



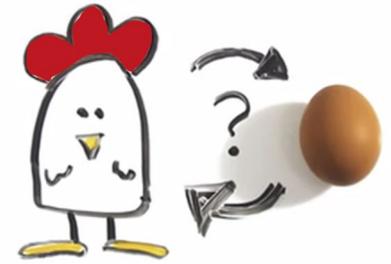


Plusieurs hypothèses de relations entre pathologie psy et addicto:

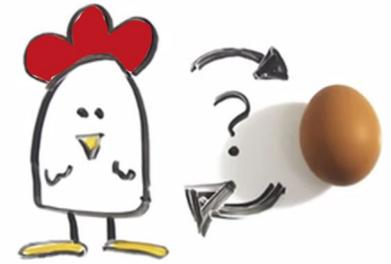
1/ Les 2 troubles ont une étiopathogénie indépendante: leur diagnostic/ TTT/ évolution peuvent être considérés individuellement => biais méthodologique à l'origine d'une surestimation des pathologies duelles



2/ Les tb mentaux facilitent l'apparition de tb addictif  
=> hypothèse de l'automédication  
=> comportement à  
risque/désinhibition/impulsivité... conduit à une  
exposition accrue aux substances d'abus



3/ Les tb addictifs induisent ou prolongent les troubles psys: mécanisme neurobiologique commun+++ (syst dopaminergique...), mais aussi génétique et environnemental



4/ Même vulnérabilité psychobiologique, interaction synergique (bidirectionnelle) avec apparition d'un tableau clinique propre, une nouvelle pathologie, à PEC par des professionnels spécifiquement formés

=> “comorbidité”/”co-occurrence”/”double diagnostic”/ “**pathologie duelle**”: émergence de concept dans le dernier tiers du 20ème siècle .



**Comorbidité** : 2 affections ou maladies apparaissent chez une même personne, simultanément ou séquentiellement Association de 2 tb (psychiques ou physiques) plus fréquente que ne le voudrait le hasard La comorbidité implique aussi des interactions entre les pathologies, affectant leur évolution, leur pronostic, ou les 2

**Double diagnostic** : « co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatriques » (OMS,1995)

**Troubles co-occurrents (TCO)**: « coexistence d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'un ou plusieurs troubles liés à l'utilisation de substances », (déf privilégiée aux USA /SAMHSA 2005)

# Pathologie duelle



- => concept né à Barcelone, Miguel Casas 1986
- => présence comorbide de tbs psys et addictifs chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les 2 pathologies amenant à :
  - une modification des symptômes
  - une diminution de l'effectivité des traitement
  - l'aggravation et la chronicisation de leur évolution
- => Nécessité d'une approche diagnostique et thérapeutique **CONJOINTE** et **GLOBALE** pour les 2 troubles



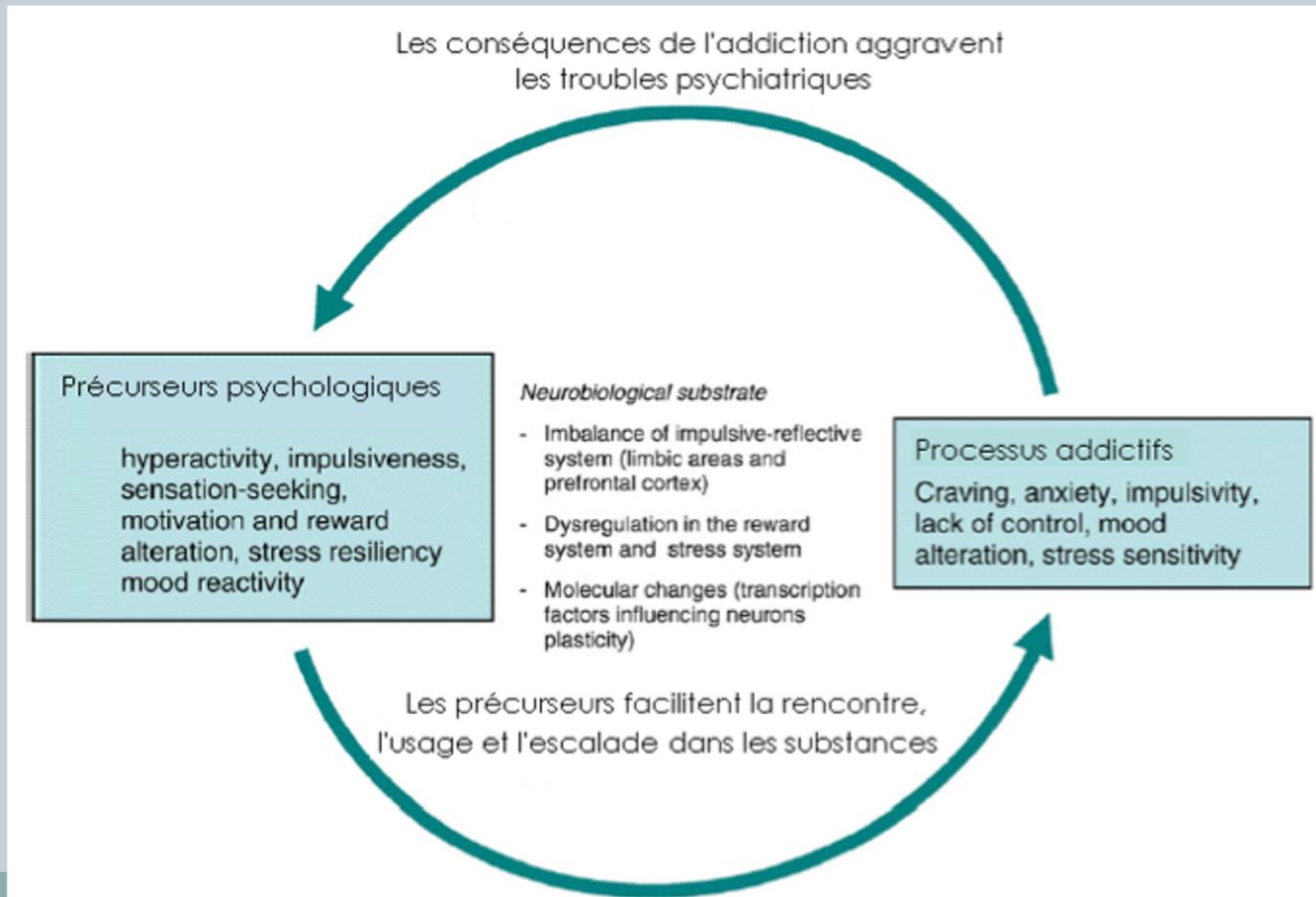
=> Evolution/rémission dépendra de l'amélioration du tableau clinique de l'ensemble

=> La rechute d'un des Troubles provoque celle de l'autre

=> stratégies de prévention de la rechute à mettre en oeuvre pour les 2 troubles



## Liens entre addictions et troubles psychiatriques : causalité circulaire (Pani et al. 2010)



Addiction comme le produit de l'interaction entre les précurseurs psychologiques et les processus addictifs

# Relation temporelle



=> Études divergent en fonction des pathologies et des SPA

- les tb addictifs prédisent le plus souvent , mais modérément l'apparition d'un trouble psy (*Kessler Rc, 2004*)

La pathologie mentale semble favoriser essentiellement l'usage que la transition vers abus/dépendance

- tb psys semblent avoir une valeur prédictive élevée de tb addictifs (*étude ICPE, OMS, Kessler et al.*)(+++tb bipolaire, perso antisociale, TC et TOP, THADA)
- => études +++avec biais méthodo: +++RELATION BIDIRECTIONNELLE

# Prévalence /tb psys



Tb psys pour lesquels un tb addictif est le plus fréquemment retrouvé: *(Ries et al, 2009)*

-perso antisociale(84% tb addictif associé)

-tb bipolaire type 1 (61%)

-schizophrénie (46%)

(EDM:25%)

=> relation entre sévérité du tb psy et risque de développer un tb addictif

# IMPACT pathologie Duelle



- augmentation du risque de rechutes, du nb d'hospitalisations, du nb de passage en SAU (*Lin et al, Acta Psychiatr Scand 2013*)
- observance traitement nettement moins bonne (*Misdrahi et al, Encéphale 2002*),, moins bonne efficacité des ttt (*Bellack et al, 2006*)
- situations sociales plus précaires
- symptômes de la pathologie mentale sont plus sévères et exacerbés, fréquentes polyconsommations (*Bennett et Barnett 2003*)



-Recours aux soins plus tardifs

– Fréquence plus élevée des comorbidités somatiques

– Fréquence élevée de violence et d’incarcération, d’exclusion sociale et de marginalisation en particulier chez les patients schizophrènes (*Dixon et al, 1999*)

-cliniquement: plus d’éléments délirants, d’hallucinations, de symptômes dépressifs, de tentatives de suicides et de comportements agressifs (*Kamali et al, Acta Psychiatr Scand 2000, Scott et al, Br J Psychiatry, J Ment Sci 1998*)

et fonctions cognitives plus altérées (*Levy B et al., Psychiatry Res 2008 ; Sanchez-Moreno et al. J Clin Psychiatry 2009*)



Chez patients schizophrènes:

- renforcement des mécanismes délirants
- renforcement désorganisation psychomotrice
- moins bonne efficacité des traitements (*Lefauve et al., 2004*)
- sd extrapyramidaux plus fréquents
- risques cardiovasculaires (ttt?), infectieux et K pulmonaire majorée



Chez patients bipolaires:

-age de début plus précoce

-mixité, cycles rapides

-symptômes maniaques plus nombreux et plus sévères  
épisodes maniaques plus longs

-plus d'hospitalisation

-moins bonne réponse au lithium

# Pathologie duelle/ Tabac



- Prévalence tabagisme: 2 à 4 fois plus importante chez patients souffrant de pathologie mentale/pop G (*Poirier MF et al, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2002*)
- Aux USA, sujets atteints de tb mentaux achètent 44 à 46% des cigarettes vendues sur le territoire

## **Conséquences du tabagisme des personnes atteintes de troubles psychiatriques :**

- espérance de vie de 10 à 20 ans inférieure à la population générale,
- traitements médicamenteux moins efficaces,
- dose thérapeutique plus importante,
- effets indésirables des traitements plus nombreux,
- mortalité associée au tabagisme accrue : taux de cancers, pathologies cardiovasculaires des personnes schizophrènes jusqu'à deux fois supérieurs aux taux observés en population générale,
- augmentation du risque de suicide et des troubles anxieux et dépressifs.



- Chez patients avec comorbidités psys:
  - Effet d'apaisement lorsque l'on consomme une cigarette: comble sd de manque. => association plus prégnante entre conso et apaisement
  - dépendance au tabac plus élevée
- Tb dépressif/TUT: relation établie (lien fort)
  - hypothèses : F génétiques communs? Env favorisant commun (ev de vie stressant, diff sociales)? automédication/nicotine?  
*(Mendelsohn C , Aust fam Physician, 2012)*
  - Risque plus élevé chez les femmes
- Association avérée entre tabagisme et risque suicidaire, plus marquée chez les femmes, persistant jusqu'à quatre années après l'arrêt et dose-dépendant (risque de suicide x 2 chez les femmes jusqu'à 25 cigarettes par jour et x 4 au-delà).



- Patients schizophrènes/pop G:
    - conso 2 à 3 fois + de tabac
    - 5 fois plus de risque d'être fumeur, plus forte dépendance à la nicotine
    - Rôle à CT de la nicotine dans certaines altérations neurophysios (comme filtrage sensoriel),
    - fumée tabac interagit avec métabolisme antipsychotique, nicotine peut atténuer certains EI des AP.
    - taux d'arrêt beaucoup plus faible (*De Leon J et al, J Clin Psychiatry, 2008*), taux de succès 2 fois moins élevé
- => hypothèses: automédication contre symptômes négatifs/ déficit cognitif, réduction EI des ttt AP..



- Troubles bipolaires
  - Prévalence 2 à 3 fois plus élevée qu'en pop G ,reprises de consommation fréquentes lors des phases dépressives.
  - Plus globalement, une consommation de tabac entraîne une plus grande sévérité des troubles bipolaires et une fréquence accrue des épisodes maniaques et dépressifs .
- Troubles anxieux
  - double lien entre anxiété (qui est un des symptômes de sevrage) et tabagisme qui augmente le risque de développer ultérieurement un trouble anxieux
  - Ce risque décroît avec l'abstinence tabagique .
  - Les personnes anxieuses qui perçoivent la cigarette comme un vecteur de lien social peuvent être particulièrement vulnérables à une plus forte dépendance à la nicotine.

## TABAGISME & SANTÉ MENTALE

Ce qu'il faut **SAVOIR**  
Ce qu'il faut **FAIRE**

Lieu de santé sans tabac    

- PEC:
  - Nécessité d'un suivi régulier et prolongé avec TNS fortes doses et pour des périodes plus longues qu'en pop G
  - Attention aux interactions tabac /traitement : adapter les ttt pendant le sevrage+++ et informer le patient
  - Comme en pop G, la varénicline constitue un traitement pharmacologique efficace de deuxième intention pour les personnes fumeuses atteintes de troubles psychiatriques qui souhaitent arrêter de fumer.
  - Le bupropion est contre-indiqué chez les personnes atteintes de troubles bipolaires, de dépendance à l'alcool, d'anorexie et chez les personnes utilisant des médicaments épiléptogènes.

ne remplace pas l'analyse précise de la clinique.

Classe de médicaments ou DCI	Effets du tabac	Actions à entreprendre à l'arrêt du tabac	Actions à entreprendre si reprise du tabac
<b>Antidépresseurs tricycliques</b>	Réduction plasmatique de 25 à 50 %	Suivi rapproché. Anticiper une réduction de la posologie de 10 à 25 % sur une semaine	Suivi rapproché. Considérer qu'il faut reprendre les doses antérieures
<b>Benzodiazépines</b>	Réduction des taux plasmatiques de 0 à 50 %	Accompagnement et suivi rapprochés. Anticiper une réduction de la posologie jusqu'à 25 % en une semaine	Accompagnement et suivi rapprochés avec augmentation des doses
<b>Carbamazépine</b>	Possibilité d'une réduction relative du taux plasmatique de carbamazépine	Mesure des taux plasmatiques	Mesure des taux plasmatiques
<b>Clozapine</b>	Réduction des taux plasmatiques jusqu'à 50 %. Cette réduction des taux plasmatiques peut être d'autant plus élevée si le patient est sous valproate	Réaliser un dosage plasmatique avant l'arrêt, diminuer ensuite progressivement la posologie de 25 % sur une semaine de la posologie initiale et refaire un dosage plasmatique	Dosage plasmatique avant la reprise du tabac. Réaugmenter la dose de clozapine à une dose équivalente à celle antérieure et répéter les dosages plasmatiques
<b>Duloxétine</b>	Les taux plasmatiques peuvent être réduits jusqu'à 50 %	Suivi rapproché. La posologie pourra être diminuée	Considérer une réintroduction du traitement aux doses antérieures
<b>Halopéridol</b>	Réduction plasmatique d'environ 20 %	Réduire la posologie d'environ 10 %. Suivi rapproché	Represcrire les doses antérieures
<b>Mirtazapine</b>	Effet minimal probable	Suivi	Suivi
<b>Olanzapine</b>	Réduction des taux plasmatiques jusqu'à 50 %	Diminution de la posologie de 25 % et refaire un dosage plasmatique à J+7	Reprendre les doses équivalentes à celles de la période de consommation avec suivi plasmatique

## TABAGISME & SANTÉ MENTALE

Ce qu'il faut **SAVOIR**  
Ce qu'il faut **FAIRE**

Lieu de santé sans tabac



respadd



LSPS



HPH





- Antidépresseurs :
  - Tricycliques tels que l'imipramine, la nortriptyline et l'amitriptyline: métabolisés par les cytochromes P450 CYP 2D6 dont l'activité est induite par le monoxyde de carbone.
  - Pour une dose identique d'imipramine, le fumeur présente un état d'équilibre sanguin à 160 ng/ml contre 290 ng/ml chez le non-fumeur. Le métabolisme de l'imipramine augmente au contact de la fumée de cigarette avec une demi-vie plus courte chez les fumeurs.
- BZD :
  - Effet sédatif atténué via activation sympathique induite par la nicotine et somnolence moins importante chez fumeurs
  - Hydrocarbures polycycliques issus de la combustion du tabac : action inductrice enzymatique sur les cytochromes hépatiques, avec accélération du métabolisme des antipsychotiques
- NLP:
  - Olanzapine /Clozapine : plus fortement dégradés chez les fumeurs avec des concentrations sériques pouvant diminuer jusqu'à 40 % par rapport aux non- fumeurs. À l'inverse, on retrouve deux fois plus de clozapine chez les ex-fumeurs n'ayant pas eu d'ajustement posologique avec même parfois une aggravation des effets secondaires.
  - Chlorpromazine : somnolence est majorée chez le non-fumeur, effets moindres chez le fumeur. Pb de surdosage possible chez les personnes traitées débutant une démarche de sevrage tabagique.

# Pathologie duelle / Alcool



- QQ soit le Tb Mental:
  - NESARC: la présence d'un tb psy à l'évaluation initiale augmente l'incidence à 3 à 10 ans du TUA et sa persistance/ en miroir, 1 TUA initial favorise à 2 ans l'incidence d'un Tb mental
  - Evolution plus péjorative, moins bonne réponse au ttt
  - Majoration du risque de passage d'abus à la dépendance
  - +++assoc au TU tabac et jeu pathologique
  - Majoration Impulsivité, suicidalité
  - Psychopatho: « Etats internes négatifs »=> « Craving « alcool

# Pathologie duelle / Alcool



- Tb dépressifs:
  - Modification de l'expression symptomatique avec symptômes dépressifs plus sévères, + longues durées, récurrences + fréqs
- Anxiété:
  - Effets anxiolytiques de prises d'OH ponctuelles:
    - => montré dans T Panique (*amélioration réponse CO<sub>2</sub>*), T Phobique (*amélioration biais de reconnaissances des émotions faciales*)
  - Consommation chronique: favorise sd dépressifs et aggrave le tb anxieux (pr action chronique sur circuits du stress (*cortisol*) et de neuro-excitation/neuro-inhibition (*GABA/glutamate*))

# Pathologie duelle / Alcool



- Patients bipolaires:

- augmentation facteur du risque de trouble de l'usage de substance, en particulier d'alcool (Agnew-Blais J et al, Lancet, 2016)

- TUA: facteur de mauvais pronostic avec risque majoré statistiquement significatif de rechute dépressive (*Simhandl c et al, Aus N Z J Psychiatry, 2016*)

- Comparativement aux non alcoolodépendants: , on retrouve plus d' ATCDs familiaux d'alcoolisme, plus de recherche de nouveauté, d'agressivité, d'impulsivité, un âge de début plus précoce (20 ans vs 26 ans), plus de manies dysphoriques et d'états mixtes, plus de cycles rapides.

- Sévérité des symptômes plus élevée, PA suicidaire + fréquents, épisodes plus longs, avec plus grand nombre de cycles, et périodes d'euthymie plus brèves. (*Gorwood et al, Encephale, 2008*)

Research report

## Do patients with bipolar disorder drink alcohol for different reasons when depressed, manic or euthymic? ☆

Thomas D. Meyer <sup>a</sup> ✉, Jennifer L. McDonald <sup>b</sup>, Jessica L. Douglas <sup>a</sup>, Jan Scott <sup>a</sup>

[Show more](#) ▾

Meyer et al. (2012): raisons poussant les patients bipolaires à consommer de l'alcool selon leurs états thymiques, grâce au modèle C-C de Cooper:

- Phase dépressive/ (hypo) maniaque: majoration consommations d'alcool/ phase d'euthymie
- Phase dépressive: auto soulagement / conso pr lutter contre symptômes anxiodépressifs
- Phase (hypo)maniaque: pr majorer l'humeur positive , dans un but de renforcement social positif et à visée autothérapeutique: lutte contre l'irritabilité



- Patients schizophrènes:
- Prévalence TUS: x10/pop G
- ++++ TUC, TUA ++chez les patients plus agés (*Nesvag et al, Soc Psychiatry Epidemiol 2015, 2005*)
- Risque majoré de PA suicidaire (*Hawton k, Br J Psychiatry, 2005*)

# Pathologie duelle et cannabis



- Conso THC avant 17 ans:
  - impact sur processus de maturation cérébrale
  - associée à Fdr env et familiaux, entraîne plus fréquemment le dvpt d'un tb psychotique: cannabis devient un f précipitant sur un terrain prédisposé
  - Risque augmenté de psychose, d'autant plus si THC fortement dosé
  - Baisse QI
- Chez patients avec comorbs psys: hospis plus fréquents, TS plus nombreuses, moindre observance thérapeutique
- Anxiété:
  - Effet biphasique du Cannabis : diminution anxiété à CT à faibles doses, majoration à plus LT, fortes doses
  - Source de cognition erronée: patients TUCannabis attribuent leur conso au stress et à l'anxiété , alors qu'ils automédiquent leur sevrage/manque



- Chez patients avec tb humeur:

- Freq élevée d'usage de cannabis chez les patients bipolaires et risque plus élevé de développer un tb de l'humeur chez consommateurs de cannabis

- THC: F influençant déclenchement, évolution et expression du tb bip, et ce en fav l'apparition d'épisodes maniaques.

=> conso de cannabis après un 1er épisode maniaque retarderait la rémission du tb bip et favoriserait l'apparition de cycles thymiques rapides.

=> Le cannabis serait donc un facteur déclenchant l'apparition du trouble bipolaire chez des sujets prédisposés, et un facteur de mauvais pronostic des patients déjà diagnostiqués. (*Kazour et al, AMP, 2011*)



- Chez patients schizophrènes:

- Risque x 6 de développer un TU cannabis

- risque de rechute++ (*van Winkel et al, Annu Rev Clin Psychol, 2014*) (*Meier et al, Natl Aca Sci USA, , 2012*)

## Reasons for cannabis use and effects of cannabis use as reported by patients with psychotic disorders

N Dekker<sup>1</sup>, D H Linszen, L De Haan

Affiliations + expand

PMID: 19752588 DOI: [10.1159/000236906](#)

- 4 grandes catégories:
  - Pour atteindre/rehausser un état positif: rech euphorie, plaisir
  - Soulager leur dysphorie (détente, anxiolyse..)
  - Améliorer les relations aux autres: être plus loquace, appartenir au groupe
  - Soulager les s positifs de la maladie: diminuer HAV, vécu persécutif ou EI ttt

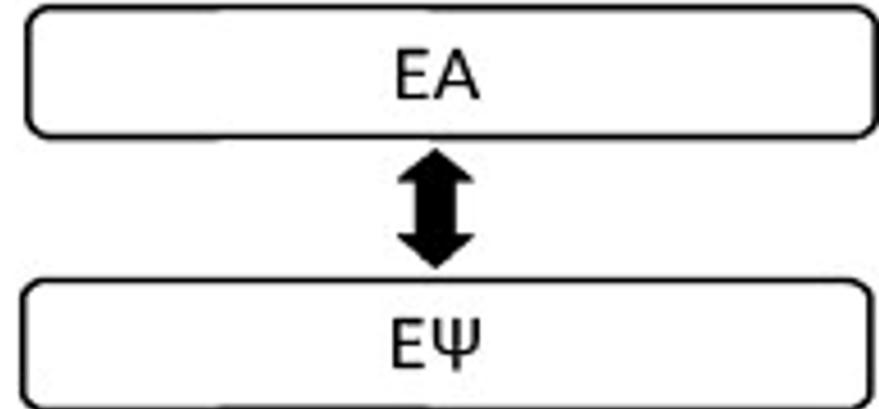
# SPÉCIFICITÉS PEC



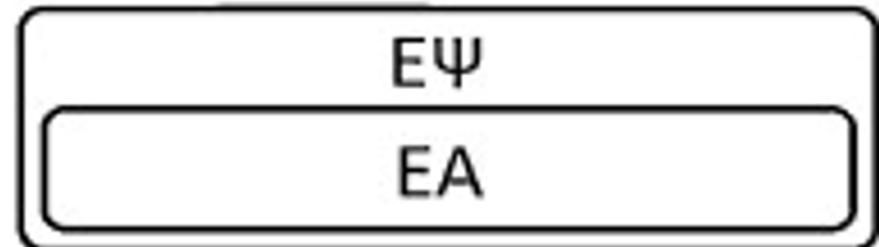
a) Prise en charge "en série"



b) Prise en charge "en parallèle"



c) Prise en charge intégrée



# Programmes intégratifs

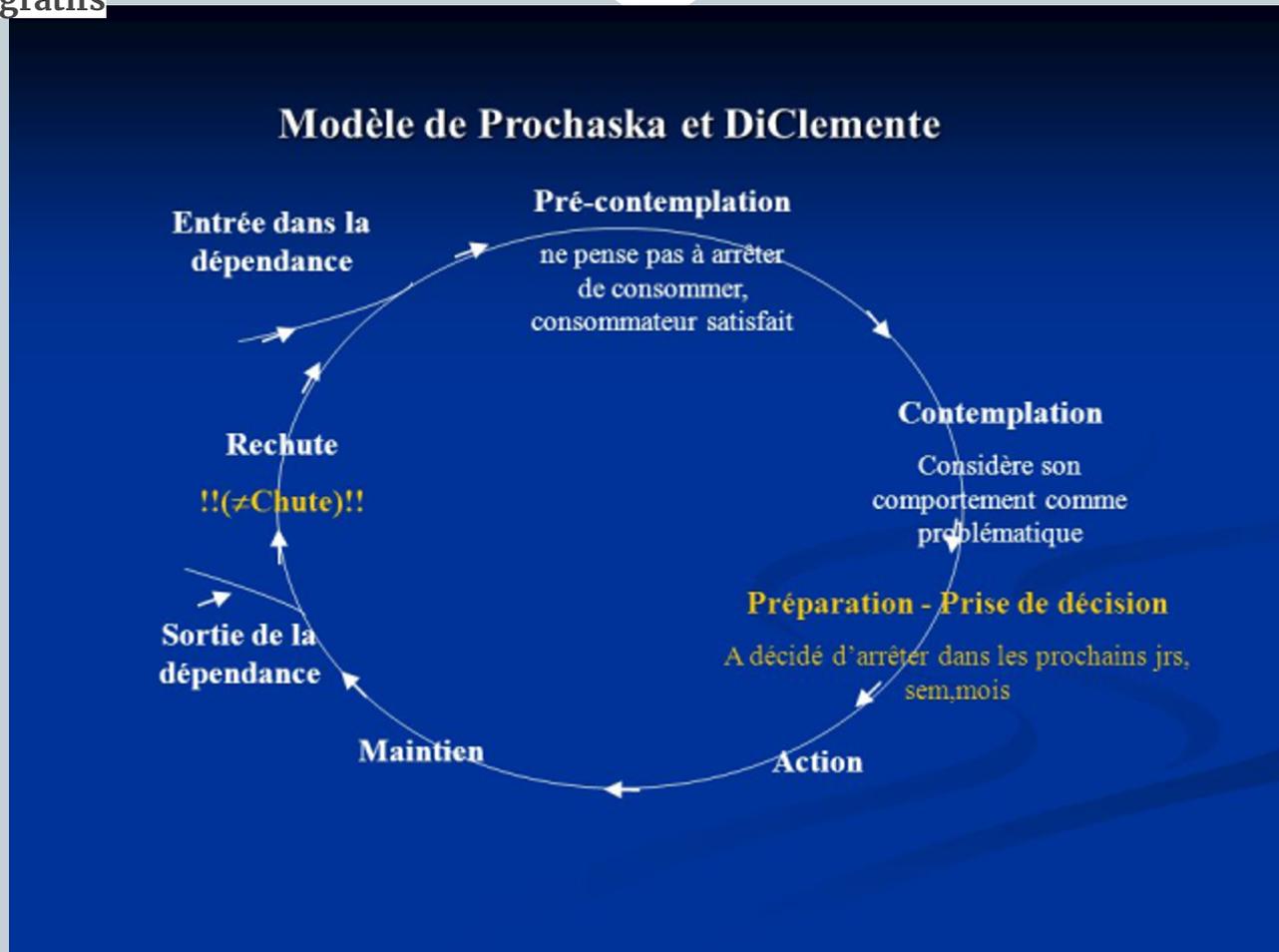


- **Long terme**
  - **Personnel formé :**
    - aux techniques de motivation au changement
    - aux techniques de groupe
    - aux techniques de résolution de problèmes et d'affirmation de soi
    - aux techniques de maintien de l'abstinence et de prévention des rechutes
- (M.Reynaud et al;)
- **Principes des traitements intégrés**
  - Un clinicien référent (psychiatre, addictologue)
  - Privilégier mise en confiance, compréhension et l'apprentissage
  - Stades de changement progressif                      planifier une continuité des soins
  - Approche par étape : en phase avec le stade de changement
  - Approche globale bio-psycho-sociale : problèmes de santé, familiaux, professionnel, légaux et sociaux
  - Utiliser les réseaux de soutien

# Modèle transthéorique du changement



Programmes intégratifs



# Quelles psychothérapies?



Pour aborder chacun des troubles et SURTOUT pour identifier et appréhender les liens entre eux

- **TCC individuelles ou en groupe(1) :**

- Identification des liens , des motifs (auto soulagement, ex: Phobie sociale/OH) et des conséquences de la consommation (ex: Manie/OH)

=>reconnaître et éloigner les situations à risque et promouvoir des stratégies

- Entretien Motivationnel** : Motivation et capacités de changement altérés chez patients comorbides – Nécessiter d'Adapter approche classique(2 )

- Ex schizophrénie: barrière au changement ,Apragmatisme ,Déficits cognitifs s'opposant au traitement de l'information , à la résolution de pb (divergences, balance décisionnelle, limite de l'efficacité personnelle), et à la planification d'une tâche (changement); Limitations des support et habiletés sociales: limite d'un étayage externe au changement

- Ex trouble bipolaire: variation de la motivation et implication(labilité)

- **Psychoéducation+++++**

- **Autres:** Les interventions psychosociales, Interventions basées sur la pleine conscience

(1 Cleary et al 2008, 2 Van Horn et Bux 2001, 3 Di Clemente et al 2008)

# Quelles pharmacothérapies?



- observance traitement nettement moins bonne et moins bonne efficacité des ttt:majoration doses++
- Peu de preuves: patients souvent exclus des études  
CLOZAPINE: plusieurs études montrent une réduction des consommations chez patients ttés (analyse en sous groupe, pas d'études à haut niveau de preuve)

# Et en France?



- Place centrale des ELSA
- Formation commune des soignants
- Intégrer certains outils: psychoéducation, RDR en psychiatrie...



Position ELSA: peut apparaitre comme central dans cette PEC intégrative

- Intervention comme expert, proche du secteur mais indépendant de l'institution ,par rapport aux rôles équipes soignantes psys: permet souvent aux patients d'aborder +facilement problématique addictive. et indirectement de former les soignants en psychiatrie en découvrant nos manières d'aborder le soin.
- équipes psys : encore trop souvent idée faussée de la réalité des soins addictos, parfois difficile de faire accepter certaines pratiques courantes et utiles (ex des TU)



- Difficultés parfois d’allier le travail en partenariat avec l’équipe du secteur et de conserver une certaine neutralité dans la PEC.

-Patients identifiant l’ELSA comme décisionnaire dans le maintien ou non de l’hospitalisation (ss contrainte): Addicto=instance punitive, peut entraver MEP  
bonne alliance thérapeutique

- Challenge: Maintien d’ une “accroche “pr poursuite suivi addicto post hospi: importance liens avec CSAPA pdt hospi, accompagnement +++( mais chronophage+++)
- Question du “timing” pour initier soins addictos



- **DES QUESTIONS?**