



2<sup>èmes</sup> Assises nationales de la FFA

# Addictions et comorbidités

## Comment travailler ensemble ?

27 et 28 septembre 2007, Paris

**Jeudi 27 septembre 2007**

8 h 30

### **Introduction**

Dr Didier Jayle, Président de la MILDT

## **Addiction et psychopathologie**

**Présidents :** Pr Jean-Dominique Favre (Clamart),  
Dr Jean-Charles Pascal (Antony)

9 h 00

### **Peut-on soigner une conduite ?**

Pr Jean-Luc Vénisse (Nantes)

Les troubles des conduites ont de tout temps été les mal-aimés de la nosographie psychiatrique ; conduites addictives et psychopathiques sont de ce point de vue à peu près à la même enseigne, celle de troubles qui peuvent désorienter et décourager cliniciens et équipes soignantes.

Il faut dire que l'alternative un peu trop manichéenne et réductrice névrose/psychose a longtemps prévalu et que le socle psychopathologique susceptible de donner sens à ces expressions pathologiques d'abord comportementales est singulièrement plus restreint que celui qui concerne leurs équivalents plus mentalisés, que ceux-ci soient du registre névrotique ou psychotique.

Dans le même temps, la clinique quotidienne nous montre à quel point les conduites addictives quelles qu'elles soient, et notam-

ment avec ou sans consommation de substances psychoactives, sont associées à des comorbidités psychiatriques diverses.

Comment dès lors concevoir et organiser des modalités de prise en charge articulées et adaptées aux spécificités de ces organisations pathologiques qui, si l'on y regarde de plus près et si l'on accepte un certain nombre de conditions de possibilité et de réalisation, en termes de soins, apportent des résultats et des satisfactions thérapeutiques au moins aussi importants que la prise en charge des autres registres de la pathologie psychiatrique ?

C'est ce que cette intervention cherchera à développer à partir de l'expérience d'un service qui s'y est consacré depuis une vingtaine d'années.

9 h 30

### **Peut-on soigner une existence ?**

Pr Philippe Jeammet (Paris)

10 h 00

### **Addictions et psychiatrie : qui est comorbide ?**

Pr Jean Adès (Colombes)

Les relations entre troubles addictifs et troubles psychiatriques, illustrées par leur importante comorbidité, sont complexes et soulèvent un certain nombre de questions théoriques et pratiques dont les réponses ne sont pas univoques.

En premier lieu, la co-occurrence entre conduites addictives et pathologies mentales est importante. Les troubles les plus souvent associés aux addictions, comme en témoignent les grandes études épidémiologiques internationales, sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires et notamment

la manie, les pathologies anxieuses (trouble panique, anxiété sociale en particulier), la schizophrénie et enfin certains troubles de la personnalité comme la personnalité sociopathique et les états-limite.

Trois types de relation peuvent être envisagés entre addictions et pathologies mentales. Les troubles mentaux peuvent être considérés comme des facteurs de vulnérabilité des addictions, à travers notamment les conduites dites "d'auto-médication" par le produit d'une souffrance psychique. La reconnaissance de ce type de comorbidité implique que les troubles psychiatriques soient apparus les premiers, que le patient fasse état d'une prise délibérée de produit pour soulager la souffrance psychique et qu'enfin les troubles psychiatriques puissent apparaître ou réapparaître indépendamment des périodes d'addiction. La deuxième relation, considérée traditionnellement comme la plus fréquente, implique que les troubles psychiatriques constatés soient une conséquence de la conduite addictive liée aux effets pharmacologiques délétères des différents produits tout comme aux conséquences négatives de l'addiction. Il apparaît en fait actuellement que ces troubles secondaires sont plus des symptômes psychiatriques (anxiété, affect dépressif par exemple) que des pathologies mentales avérées. Ceci est confirmé par des études épidémiologiques récentes dont la grande étude NESARC aux États-Unis, qui montre la proportion importante de troubles psychiatriques indépendants associés aux conduites addictives.

Un troisième type de relation, à vrai dire plus théorique que réel, suppose une co-occurrence fortuite entre des pathologies d'une grande fréquence, comme par exemple une alcoolodépendance ou les pathologies anxieuses ou dépressives. Quoi qu'il en soit, la comorbidité, source d'un double diagnostic, pose toujours la question de sa prise en charge. Celle-ci implique dans tous les cas, que les troubles psychiatriques soient primaires ou secondaires, une prise en charge simultanée, de préférence par la même équipe, des conduites addictives et des troubles psychiatriques.

11 h 00

## • Ateliers – Acteurs et lieux de prise en charge

### Comment traiter les troubles psychiatriques associés ?

Dr Alain Rigaud (Reims), Dr Michel Cadart (Avignon)

#### ***Orientations thérapeutiques des patients à comorbidité alcoolique et psychiatrique sur l'intersecteur d'alcoolologie rémois. Intérêts et limites des modélisations dites intégrées***

Dr Richard Santolalla, Dr Alain Rigaud (Reims)

Les difficultés autour de la prise en charge de patients présentant l'association d'un trouble addictif et d'un trouble psychiatrique sont importantes à plusieurs niveaux. À partir des hypothèses étiopathogéniques unissant les deux entités nosologiques, il convient d'abord de définir quels sont les acteurs de soins et institutions compétents pour assurer ces

prises en charge, ensuite, en pratique clinique, d'identifier les intervenants capables de proposer, seuls ou en collaboration, une offre thérapeutique adaptée. La collaboration de plusieurs de ces intervenants ouvre la question de la coordination des soins et de l'organisation du dispositif.

La catégorisation des modèles théoriques de prise en charge, au vu de la littérature, permet de différencier les modèles dits séquentiel, parallèle et intégré. Après avoir défini ces trois modèles, nous nous sommes posé la question de savoir si les principes de prise en charge intégrée étaient applicables à notre pratique, à savoir celle d'un intersecteur d'alcoolologie amené à rencontrer de manière très fréquente une population de patients présentant cette comorbidité. Au-delà de sa fréquence et de sa sévérité, le problème posé est celui de la complexité à définir les objectifs et stratégies et comme corollaire d'organiser les soins conséquents ; c'est dans ce contexte que le modèle intégré serait une stratégie plus adaptée que les modèles séquentiel et parallèle.

Les équipes de liaison en addictologie peuvent être le pivot de cette réflexion, ce qui nécessite au préalable la formation des intervenants en psychiatrie et addictologie, et un réel effort de partage de la connaissance des missions, compétences, outils et donc des limites de chacun des intervenants concernés.

Il nous apparaît qu'actuellement l'absence de consensus autour de l'application et de l'indication de ces prises en charge se heurte à la trop importante rigidité de notre système de soins et aux résistances fortes des acteurs de soins à considérer la coordination et le travail en réseau. De même, la question de l'implication du patient dans la décision du cadre de soins n'est pas assez abordée.

#### ***Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des adultes présentant un déficit de l'attention/hyperactivité et des problèmes addictifs***

Mlle Yaël Lerfel, Mme Stéphanie Mille,  
Mme Lucia Romo (Nanterre)

Des études longitudinales ont montré que la persistance du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) varie de 8 à 85 % à l'âge adulte, avec une prévalence de 4,4 % en population générale. Le TDA/H sans comorbidités est rare ; on relate un trouble isolé de 31 % dans l'enfance et de 25 % à l'âge adulte. Les troubles comorbides les plus fréquents sont les troubles anxieux et dépressifs, la personnalité antisociale et l'abus de substance. Le TDA/H est un facteur de risque d'abus de substances ; différentes études indiquent qu'il y aurait 25 à 50 % de troubles d'abus et de dépendance aux substances dans la population hyperactive et 15 à 34,8 % de TDA/H chez les adultes dépendants des substances. La présence d'un TDA/H chez des adultes induit des risques tels qu'un début de l'abus plus précoce, une diminution de la transition entre consommation, abus et dépendance, une augmentation de la fréquence des abus, un passage plus rapide d'une substance à une autre, ainsi qu'une augmentation de la durée de consommation. Parmi les différentes substances, le cannabis est l'une des plus utilisées ; le risque de consommation de tabac est deux

fois plus élevé et plus précoce chez les adultes présentant un TDA/H que dans la population générale. De 19 à 35 % des sujets abuseurs de drogues (opiacés, cocaïne...) présentent un TDA/H. Par ailleurs, le risque de consommation d'alcool est de deux à trois fois plus élevé.

Nous présentons dans notre travail les principaux apports des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des patients avec un TDA/H et des patients avec addictions, et comment ces techniques peuvent s'articuler pour une prise en charge globale de ces patients, à travers, entre autres, un groupe thérapeutique pour adultes avec TDA/H et problèmes d'addiction.

### Comment le secteur psychiatrique traite-t-il les conduites addictives associées ?

Dr Emmanuel Palomino (Jonzac)

#### **Sevrage tabagique en hôpital psychiatrique. Sensibilisation et suivi sur deux ans**

Dr Sylvie Bartolucci (Lavaur),

Pr Marc Auriacombe (Bordeaux)

Après un travail intrahospitalier psychiatrique de sensibilisation des patients et des personnels soignants, 53 patients ont sollicité des consultations de sevrage tabagique. Ils ont été suivis pendant deux ans.

Des malades atteints de différentes pathologies ont consulté, dont des patients psychotiques qui ont bénéficié d'entretiens motivationnels. Tous les patients ont reçu un traitement substitutif nicotinique. 45,2 % ne fument plus et 32 % prennent des substituts nicotiniques depuis plus d'un an.

### Comment l'hôpital général traite-t-il les conduites addictives et les troubles psychiatriques ?

Pr Michel Lejoyeux (Paris), Dr Philippe Batel (Clichy)

L'hôpital général intervient à différents niveaux. Tout d'abord, au niveau du service d'accueil des urgences sont accueillies les complications somatiques, traumatologiques et psychiatriques des conduites addictives. Une modalité particulière d'interrelation entre troubles psychiatriques et conduites addictives est la tentative de suicide. Il s'agit dans ces cas de tentatives de suicide souvent impulsives, plus fréquentes chez l'homme et plus souvent récidivantes.

En hospitalisation, les conduites addictives correspondent à des demandes explicites de sevrage ou à la révélation d'une conduite addictive à l'occasion d'une pathologie intercurrente. Le dernier enjeu de la prise en charge des addictions à l'hôpital général est l'inscription du patient dans un réseau de soins. Il peut s'agir d'un réseau de médecins généralistes ou d'un réseau de spécialistes impliqués dans l'addictologie.

Aux trois étapes que sont l'accueil aux urgences, l'hospitalisation et la sortie, sont souhaitables :

- une évaluation standardisée ;
- une approche motivationnelle et une intervention psychothérapique "minimale" ;
- un abord direct et sans complaisance de la conduite addictive ;

- un repérage du caractère pathologique de cette conduite et une proposition de prise en charge immédiate et à long terme.

#### **Alcoolisme au féminin, alcoolisme fœtal : comment travailler avec les soignants prenant en charge la grossesse ?**

Dr Mylène Garo (Paris)

L'objectif est d'évoquer la problématique posée par l'alcoolisme au féminin pendant la grossesse. Durant celle-ci, l'alcoolisme peut conduire à d'importantes répercussions sur le déroulement de la grossesse, ainsi que sur l'enfant, dont celle du syndrome d'alcoolisme fœtal. Mon expérience de psychiatre dans une maternité accueillant des situations à haut risque m'a permis de rencontrer des situations d'alcoolisme. Il est important d'apporter nos compétences aux équipes de sages-femmes et de gynécologues qui connaissent peu la problématique de l'alcoolisme, et plus spécifiquement de l'alcoolisme féminin.

Cet alcoolisme présente des particularités. Il est beaucoup plus souvent caché. Il s'associe plus souvent à des troubles de la personnalité ou des troubles psychiatriques, comme des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux.

Cette pathologie peut avoir plusieurs répercussions sur la grossesse. C'est la difficulté de gérer la féminité. Ainsi, la femme peut vivre très difficilement les modifications corporelles liées à la grossesse, qui peuvent raviver des angoisses archaïques. Il peut aussi y avoir une culpabilité liée à la prise d'alcool et des craintes par rapport à la parentalité.

Beaucoup de symptômes ou de manifestations diverses peuvent survenir, qui ne vont pas toujours conduire à évoquer un alcoolisme féminin : grossesse suivie irrégulièrement, régression ou incurie, registres anxieux et phobique associés.

D'autres modalités d'alerte sont les répercussions de cet alcoolisme sur la survenue de pathologies chez le fœtus : retard de développement, malformations.

Il est donc pertinent de réfléchir avec les équipes prenant en charge les femmes enceintes à la façon de dépister ce problème, de pouvoir l'aborder ensuite avec ces femmes lors du suivi de la grossesse. Cela peut être le cas lors de l'entretien du quatrième mois qui est maintenant mis en place pour chaque femme. Il est ainsi nécessaire de savoir quel message faire passer, quel vocabulaire utiliser pour aborder ce sujet et quels soins proposés. Il est important d'avoir des correspondants intéressés par cette période spécifique de la grossesse.

## De l'addiction aux complications somatiques

Présidents : Pr Sylvain Dally (Paris),  
Pr Philippe Ruszniewski (Clichy)

14 h 00

#### **Hépatites et cirrhoses : quelle place donner à l'addiction dans la prise en charge ?**

Pr Philippe Mathurin (Lille)

14 h 20

### **Sida**

Pr Daniel Vittecoq (Villejuif)

14 h 40

### **Quelles stratégies préventives peut-on déduire des données épidémiologiques des cancers liés aux addictions ?**

Mme Catherine Hill (Villejuif)

15 h 00

### **L'alcool réjouit-il le cœur de l'homme ? Le paradoxe français à travers les âges**

Dr Michel Craplet (Paris)

Les études épidémiologiques montrent que la fréquence des accidents vasculaires coronariens est plus faible en France que dans certains autres pays occidentaux, bien que notre mode de vie entretienne les mêmes facteurs de risque d'artériosclérose, en particulier une consommation de graisses animales comparable, responsable des mêmes perturbations biologiques. Ce phénomène a été baptisé "French paradox" par un auteur anglo-saxon émerveillé. Le terme a connu immédiatement un grand succès médiatique. Selon de nombreux commentateurs, la consommation d'alcool ou de vin, plus élevée en France, suffirait à expliquer cet effet protecteur.

La plupart des auteurs reconnaissent, bien sûr, qu'une consommation d'alcool même modérée augmente la fréquence de nombreuses maladies (cancers, maladies digestives et neurologiques) ; il en est de même des accidents dus à l'alcoolisation. Cependant, le fait qu'une part importante de la mortalité générale est due à l'infarctus du myocarde peut expliquer que l'effet protecteur l'emporte pour les consommations modérées. L'argument du "paradoxe français" est actuellement exploité par les producteurs et repris par certains media avides de paradoxe et de sensationnel.

16 h 00

### **• Ateliers – Que fait-on de la consommation des sujets qui ont des complications ?**

En cas d'hépatite

Dr Sylvain Balester-Mouret (Clichy),  
Dr Claude Magnin (Besançon)

### **État des lieux de la prise en charge des troubles psychiatriques et addictologiques des patients atteints d'hépatite C**

Dr Laurent Michel (Limeil-Brévannes),  
Dr Pascal Melin, Dr Jean-Philippe Lang,  
Dr Chantal Henry, Mme Aurélie Gauchet,  
S. Valentini, M. Marc Schoeffler (Collectif C'Psy)

Les troubles psychiatriques et les conduites addictives sont les causes principales de non-initiation du traitement de l'hépatite C, de sa mauvaise observance et de rupture théra-

peutique. Leur prise en charge est extrêmement variable d'un service à l'autre et conditionne grandement l'accès aux soins d'une population qui constitue de plus en plus le "réservoir" du virus. La formulation de recommandations consensuelles est ainsi devenue nécessaire afin d'élargir l'accès aux soins des patients atteints d'hépatite C en levant les obstacles liés aux modalités d'intervention auprès de ces patients. Le préalable est la réalisation d'un état des lieux national précis et représentatif des pratiques actuelles de prise en charge des troubles psychiatriques ou addictologiques des patients atteints d'hépatite C. C'est le sujet de l'enquête que nous nous proposons de détailler ici.

Dans cet objectif, un échantillon représentatif de spécialistes (n = 100) prenant en charge des patients atteints d'hépatite C (75 % d'hospitaliers dont 65 % intervenant en CHU, 25 % de libéraux dont 80 % d'hépatologues et 20 % d'infectiologues ou internistes) a été sélectionné. Chacun a été rencontré dans le cadre d'un entretien incluant la réponse à un questionnaire et l'examen de six dossiers de patients vus au cours des 12 derniers mois et présentant des troubles psychiatriques (dont deux naïfs de tout traitement pour l'hépatite C et récusés en raison de leurs troubles psychiatriques).

Le recueil de données porte sur la nature de l'éventuelle évaluation psychiatrique et/ou addictologique avant traitement et son contenu, les outils utilisés, les critères psychiatriques de non-initiation du traitement pour l'hépatite C, les prescriptions de psychotropes, les modalités de suivi psychiatrique et d'éventuel arrêt du traitement en cas de complication, ainsi que les attentes des professionnels impliqués dans la prise en charge de ces malades.

À l'issue de cette enquête, et après expertise auprès de psychiatres/psychologues impliqués dans la prise en charge de patients atteints d'hépatite C, un certain nombre de recommandations sont formulées.

### **Évaluation prospective des effets secondaires psychiatriques du traitement par interféron chez les ex-usagers de drogues injectables**

Dr Béatrice Badin de Montjoye,  
Dr Philippe Podevin (Paris)

Les réductions de posologie et les arrêts de traitement pour complications psychiques sont les principaux facteurs d'échecs du traitement de l'hépatite C. Le but de cette étude a été d'évaluer et de comparer de façon prospective les effets secondaires psychiatriques induits par l'interféron pégylé et la ribavirine entre des anciens usagers de drogues, ayant ou non une substitution, et un groupe contrôle.

56 patients consécutifs sans antidépresseur ni neuroleptique avant le traitement ont été inclus. Il s'agissait de patients contaminés par l'usage de drogues injectables sous substitution (n = 9) ou non substitués (n = 19) et de 28 patients sans antécédents d'usage de drogues. Tous les patients ont eu un entretien avec le même psychiatre avant interféron (MO), à M3 et après la fin du traitement (M+3). L'entretien comprenait une évaluation socioéconomique, une enquête sur la consommation d'alcool et de produits illicites, un score MADRS et d'EDM au DSM-IV.

**Tableau I** : Scores MADRS

	MO	M3	M+3
Substitués	6,14 ± 4,52	12 ± 3,46	7,8 ± 2,38
Non substitués	5,64 ± 5,03	12,7 ± 5,62	5,40 ± 2,76
Autres	5,16 ± 3,03	9,78 ± 4,22	3,96 ± 2,53

Résultats : les scores MADRS moyens n'étaient pas différents entre les groupes à MO, M3 ou M+3 (tableau I). L'augmentation du score moyen du MADRS reposait principalement sur les items "tension intérieure" et "réduction du sommeil", et ce, quel que soit le groupe. Seuls les patients anciens usagers de drogues ont présenté des idées suicidaires sous traitement. La mise sous antidépresseur a été nécessaire dans sept cas, dont cinq chez les patients sans substitution. Aucun arrêt de traitement pour raison psychiatrique n'a été observé. Les abandons (n = 4) étaient significativement plus fréquents dans les groupes sans substitution (< 0,005).

Conclusion : ce travail confirme la fragilité psychologique des patients anciens usagers de drogues, justifiant pleinement une prise en charge transversale. Nos résultats incitent à penser qu'un traitement par bithérapie pendant le temps de la substitution peut être un facteur favorable pour l'observance du traitement.

#### En cas de Sida

Dr Lelia Escout (Villejuif), Dr Luc de Massé (Paris)

#### **Addictions, VHC et VIH : une urgence de santé publique ?**

Dr Jean-Philippe Lang (Erstein),  
Dr Laurent Michel (Limeil-Brévannes)

La première cause de décès chez les patients sidéens est devenue l'hépatite C, qui est une maladie curable et dont les freins et écueils thérapeutiques sont essentiellement les troubles psychiatriques et les conduites addictives associées. Ces derniers, très fréquents dans ce contexte, sont en effet la cause essentielle de :

- non-initiation d'un traitement antiviral ;
- mauvaise observance des soins ;
- rupture de traitement ;
- altération de la qualité de vie.

Ainsi, en considérant :

- les atteintes cérébrales directes de ces deux virus (VIH et VHC) ;
- les troubles psychiatriques fréquents qu'ils engendrent par leurs effets propres, leurs complications somatiques ou leurs traitements ;
- les carences de leur prise en charge psychiatrique et addictive malgré l'importance majeure de ces comorbidités ;

- le fait que seulement 50 % des hépatites C sont actuellement traités et que seuls 20 % des patients co-infectés sont traités pour leur hépatite C qui reste une maladie transmissible touchant près de 1 % de la population générale, il nous est apparu essentiel d'aborder cette urgence de santé publique pour mobiliser notre discipline, qui risque fort d'être mise à contribution par nos tutelles et les décisions du Comité

national stratégique de lutte contre les hépatites C et B, de faire le point sur les travaux de recherche en cours et les bonnes pratiques d'évaluation et de prise en charge thérapeutique autant en psychiatrie qu'en addictologie.

#### Cancer et tabac

Dr Stéphane Temam, Dr Sarah Dauchy,  
Dr Sarah Coscas (Villejuif)

#### **Cancer, tabac et qualité de vie**

Mme Colombine Mayer (Bruxelles)

Quels sont les bénéfices d'un sevrage tabagique pour les patients présentant une affection cancéreuse ? Ces patients sont-ils motivés à arrêter de fumer ? Quelles interventions leur sont actuellement proposées ? De nombreux articles soulignent les risques liés au maintien du comportement tabagique dans cette population (augmentation des risques de récurrence cancéreuse, augmentation des risques de cancers secondaires...), ainsi que les bénéfices pouvant être tirés d'une abstinence. Quelques rares études ont même permis d'identifier des différences en termes de qualité de vie entre les patients fumeurs et non fumeurs atteints d'une affection cancéreuse. La littérature montre également que ces personnes désirent arrêter de fumer et sont en attente d'un soutien à ce niveau. Or, seul un nombre très restreint de programmes d'aide se consacre spécifiquement au sevrage tabagique des patients cancéreux. De plus, les rares travaux ayant évalué l'efficacité de ces programmes comportent généralement d'importants biais méthodologiques.

Il faudrait donc dans l'avenir explorer en priorité les bénéfices d'un sevrage au niveau de la qualité de vie des patients, mais également favoriser la mise en place et l'évaluation rigoureuse de programmes d'aide spécifiques.

**Vendredi 28 septembre 2007**

## Addictions et troubles neuropsychiatriques

Présidents : Pr Michel Reynaud (Villejuif),  
Dr Rachel Bocher (Nantes)

9 h 00

#### **Schizophrénie et addictions**

Dr Xavier Laqueille, Dr Alain Dervaux,  
Pr Marie-Odile Krebs (Paris)

Les addictions sont fréquentes chez les patients schizophrènes : l'abus ou dépendance à l'alcool concerne environ un tiers d'entre eux au cours de leur vie, au cannabis un quart d'entre eux, aux opiacés 5 à 10 % d'entre eux. La fréquence de la consommation de tabac est encore plus élevée : 62 % dans une méta-analyse récente.

Les conduites addictives surviennent très précocement dans l'évolution des troubles schizophréniques, en particulier lors

des prodromes et du premier épisode psychotique. La consommation d'alcool, de cannabis et de stimulants aggrave l'évolution des patients, en raison notamment de l'aggravation des symptômes positifs et des troubles cognitifs liés à la schizophrénie, de la moindre compliance au traitement, de la survenue plus fréquente de troubles dépressifs, de conduites suicidaires, de violences, de réhospitalisations et de la désinsertion sociale plus marquée. Certaines études d'imagerie ont retrouvé des altérations neurobiologiques liées à la consommation d'alcool et de cannabis après plusieurs années, en particulier au niveau de la substance grise, du cortex préfrontal, du cortex temporal antéro-supérieur et du cortex cérébelleux. En revanche, sevrés, les patients ont un meilleur pronostic que les patients n'ayant jamais présenté d'addiction. L'impact de la consommation de tabac se traduit par une diminution importante de l'espérance de vie des patients schizophrènes et par une diminution des taux plasmatiques de certains antipsychotiques. La fréquence élevée des addictions dans cette population est multifactorielle : effets psychotomimétiques favorisant du cannabis, sensibilité accrue aux effets des substances, en particulier l'alcool, amélioration de troubles non spécifiques - tels que l'anxiété ou l'humeur dépressive par l'alcool ou le cannabis - ou de troubles spécifiques - comme l'amélioration de certains troubles cognitifs par la consommation de tabac -, influence de certains facteurs de personnalité, de prédisposition neurobiologique et génétique.

9 h 25

### **Cannabis et troubles psychotiques**

Dr Amine Benyamina, Dr Laurent Karila,  
Dr Michael Lukasiewicz (Villejuif)

Les effets psychoactifs du cannabis, principalement dus au D9-THC, sont dose-dépendants et varient selon les individus. Les différentes modalités de consommation du cannabis contribuent à la physiopathologie des troubles psychotiques non schizophréniques et schizophréniques. L'ivresse cannabique peut associer cliniquement à des doses élevées une dissociation idéique, des erreurs d'appréciation de l'espace et des perceptions sensorielles accrues (modifications auditives, synesthésies et expériences hallucinatoires riches). La psychose cannabique aiguë (ou pharmacopsychose cannabique) a été décrite et comprend une sémiologie fine. D'autres troubles liés à la consommation de cannabis, plus rares, comme le syndrome de dépersonnalisation et le flash-back cannabique seront rapportés.

Les altérations cognitives liées à la consommation de cannabis (perturbations mnésiques, attentionnelles, performances psychomotrices, fonctions exécutives) partagent des éléments en commun avec les troubles schizophréniques. Enfin, il existe un lien significatif entre consommation de cannabis et schizophrénie et une vulnérabilité neurobiologique commune.

Un âge de début précoce d'usage de cannabis semble augmenter le risque de psychose ; des antécédents d'usage de cannabis sont un facteur de risque pour le début d'une schizophrénie, notamment chez les sujets vulnérables, mais également chez ceux sans histoire clinique antérieure. Cependant, le cannabis n'est ni une cause suffisante ni une cause nécessaire pour une

schizophrénie, mais une composante s'incluant dans le groupe de facteurs impliqués dans cette maladie.

9 h 50

### **Troubles cognitifs et addictions**

Dr Philippe Michaud (Gennevilliers)

Les troubles cognitifs sont fréquents chez les alcoolodépendants et sont également connus, bien que moins fréquents, chez les consommateurs d'autres substances psychoactives, ce qui est notamment bien documenté pour la cocaïne et le cannabis. Une histoire familiale d'alcoolodépendance est associée à une plus grande fréquence de ces troubles. Bien qu'il ait été avancé que certaines anomalies puissent préexister et favoriser l'entrée dans la dépendance, il est probable que la majeure partie des troubles constatés soient les conséquences de la neurotoxicité chronique du produit, des accidents et des souffrances cérébrales qu'il occasionne, y compris lors d'exposition prénatale ou à l'occasion des sevrages. L'effet aigu des consommations encore en cours peut exagérer les anomalies des fonctions supérieures.

Le repérage et l'évaluation des troubles cognitifs sont un enjeu majeur dans l'organisation des prises en charge, car ces troubles peuvent contrarier l'évolution attendue de tout projet thérapeutique qui dépasserait les capacités cognitives actuelles du sujet. Leur caractère potentiellement régressif, même dans le syndrome de Korsakoff qui constitue le modèle de trouble gravissime dû à la toxicité de l'alcool, implique d'évoquer des moyens institutionnels de préserver l'abstinence le temps nécessaire à cette régression.

Il faut renforcer la prévention des accidents de sevrage, notamment par l'examen neurologique de tout candidat au sevrage, la prescription de vitamine B1 et l'évitement des perfusions de glucosé. La supplémentation de l'alimentation en thiamine est une mesure de prévention efficace à l'échelle de masse. Les services d'addictologie devraient faire en routine les évaluations neurocognitives, à la fois pour prendre la mesure de la fréquence des troubles et pour en tenir compte. La mise au point d'outils de repérage plus performants (notamment plus sensibles) que le MMSE est souhaitable, mais la perturbation du MMSE chez un consommateur chronique de substance est toujours associée à un trouble cognitif marqué à l'évaluation.

10 h 15

### **Pour une meilleure organisation de la prise en charge des conduites addictives en milieu psychiatrique**

Dr Yvan Halimi (La Roche-sur-Yon)

11 h 15

### **• Ateliers – Qui fait quoi ? Le travail entre psychiatres et addictologues**

Les prises en charge conjointes : alcool, tabac

Pr François Paille (Nancy),  
Dr Henri-Jean Aubin (Limeil-Brévannes)

### **Interdiction de fumer dans les services de psychiatrie : état des lieux**

Dr Laurent Michel (Limeil-Brévannes)

Le décret du 1<sup>er</sup> février 2007 étend l'interdiction totale de fumer de la Loi Évin à l'ensemble des établissements publics de santé. La psychiatrie générale pensait qu'elle ferait l'objet d'une exception et la parution de la circulaire d'application du 8 décembre 2006 a imposé un brusque remaniement dans l'organisation de la vie des services, mais aussi dans l'approche du tabagisme des patients. La France est le premier état européen à appliquer strictement l'interdiction de fumer dans les établissements psychiatriques.

Quelles sont finalement les conséquences du tabagisme pour les patients ? Désirent-ils arrêter de fumer et avec quel succès ou à quelles conditions ?

Cette interdiction est-elle appliquée de manière homogène et quelles en sont les conséquences ?

Autant de questions soulevées qui méritent l'attention des professionnels au regard des liens étroits entre le tabagisme et la psychopathologie des patients pris en charge en psychiatrie.

### **Les troubles bipolaires méconnus dépistés en tabacologie**

Pr Gilbert Lagrue, Dr Lamia Frih, Dr Jacques Bouchez (Villejuif)

Parmi les maladies psychiatriques, les troubles bipolaires sont, avec les schizophrénies, celles où l'usage du tabac est le plus souvent observé, atteignant 70 à 80 % des cas et concernant essentiellement les types I ou II de la maladie bipolaire. Chez les fumeurs dépendants, le rôle d'un état dépressif "vie entière" a été le premier mis en évidence ; les tabacologues ont alors appris à rechercher systématiquement des troubles anxieux et dépressifs latents et méconnus, facteur possible ou aggravant de la dépendance tabagique et souvent également cause possible d'un mal-être psychologique ancien. Chez ce type de fumeur, un épisode dépressif peut survenir dans 40 % des cas à l'arrêt du tabac. En consultation de tabacologie, l'importance des troubles bipolaires a été progressivement reconnue ces cinq dernières années. Ce furent tout d'abord des troubles bipolaires de type II. La pratique systématique au cours de l'entretien psychologique du MINI structuré a permis de dépister un trouble bipolaire de type I ou II, dont la nature exacte avait été jusqu'alors méconnue et qui n'avait donc pas reçu le traitement adapté. Dans une série de 300 patients successifs où le MINI a été pratiqué systématiquement, ce trouble a été retrouvé dans 8 % des cas, c'est-à-dire beaucoup plus que leur fréquence en population générale estimée à 2-3 %. L'association d'un traitement thymo-régulateur (divalproate) a alors transformé l'évolution psychologique et permis d'obtenir un arrêt stable du tabagisme avec le traitement nicotinique.

Ces observations et la connaissance des travaux sur le spectre bipolaire nous ont conduits à rechercher systématiquement les états cyclothymiques et les formes subsyndromiques. Nous avons alors, outre le MINI, utilisé systématiquement les outils suivants :

- pour les troubles cyclothymiques, les critères du DSM-IV et

le questionnaire de tempérament cyclothymique d'Akiskal ;

- pour la détection d'hypomanie atténuée, n'ayant pas l'ensemble des critères du DSM-IV, le questionnaire d'hypomanie de ANGST ;

- les autres questionnaires de tempérament (dépressifs, irritables, hyperthymiques) ont été éventuellement pratiqués, suivant l'impression de l'entretien clinique ;

- le DSM a permis également de dépister les divers troubles anxieux qui sont associés dans plus d'un cas sur deux ;

- la recherche attentive des antécédents familiaux est indispensable, non seulement les aspects typiques, mais aussi des troubles importants, tels les conduites addictives, les suicides et tentatives de suicide, les épisodes psychotiques aigus ayant guéri...

Nous avons ainsi pu mettre en évidence de nouvelles prévalences avec des troubles cyclothymiques et des formes atténuées subsyndromiques, pouvant correspondre à des troubles bipolaires. L'élément le plus important constaté dans les cas de cyclothymie et dans ces formes subsyndromiques est la réponse au traitement thymo-régulateur par le divalproate ; celui-ci a toujours été débuté à 250 mg/jour et augmenté ensuite progressivement. Avec des doses relativement faibles de 500 à 750 mg/jour, la transformation de l'état psychologique a toujours été très nette et très rapide dès la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> semaine ; les sujets se sont sentis plus calmes, moins sensibles aux situations "stressantes", moins émotifs et avec des oscillations de l'humeur moins marquées. Cette évolution sous traitement peut être considérée comme un argument supplémentaire pour rattacher ces troubles au spectre de la maladie bipolaire. Mais la possibilité d'une action pharmacologique non spécifique doit être discutée.

Cette évaluation et ces traitements soulignent l'intérêt d'un repérage plus systématique des troubles de l'humeur au sens large dans une consultation de tabacologie ; celle-ci constitue donc un observatoire privilégié pour le dépistage de ces troubles souvent ignorés et qui peuvent alors bénéficier d'une double prise en charge thérapeutique.

### **Déterminants génétiques et environnementaux des addictions à l'alcool et au tabac**

Dr Yann Le Strat (Paris)

Les dépendances à l'alcool et au tabac sont des affections multifactorielles fréquentes, recouvrant des formes cliniquement très hétérogènes et largement comorbides. Les consommations de tabac et d'alcool sont en effet corrélées chez l'homme, en partie à cause d'un effet potentialisant des effets renforçateurs d'un toxique par l'autre.

Parallèlement, la vulnérabilité à ces deux troubles dépend non seulement de facteurs environnementaux, mais également de facteurs génétiques. L'héritabilité de l'initiation et de la dépendance à l'alcool est estimée à 50-60 %, et l'estimation est un peu plus élevée, entre 60 et 70 %, pour la dépendance au tabac. L'influence de facteurs génétiques peut s'exercer non seulement sur la dépendance à chacun de ces deux produits, mais également en augmentant la vulnérabilité à leur co-occurrence. Les études de jumeaux mettent en avant une corrélation des facteurs génétiques de la dépendance au

tabac et à l'alcool estimée à 0,68. Certaines études de liaison suggèrent même qu'un tiers des régions chromosomiques liées à la dépendance au tabac est également lié à l'abus ou à la dépendance à l'alcool.

De nombreux gènes candidats ont été associés à la fois à la dépendance à l'alcool et à la nicotine. Les gènes impliqués dans les systèmes GABAergiques, dopaminergiques et sérotoninergiques font partie des travaux les mieux documentés. Certains de ces gènes pourraient ainsi réaliser un exemple de pléiotropie, c'est-à-dire qu'un même facteur génétique serait susceptible d'augmenter la vulnérabilité à deux troubles cliniquement distincts.

Toutefois, les études de jumeaux soulignent également le rôle de facteurs environnementaux sur le développement de ces addictions. En particulier, des facteurs environnementaux sont susceptibles de moduler l'expression de facteurs génétiques, et les premiers travaux de ce type commencent à être publiés dans le champ des addictions. Dans ce cas, les facteurs de vulnérabilité génétiques sont associés au développement d'une dépendance uniquement en cas d'exposition à un facteur environnemental. On parle alors d'interaction Gène x Environnement.

Cependant, les gènes impliqués, les protéines codées par ces gènes, ainsi que la manière dont ces gènes s'expriment et les situations environnementales facilitant l'expression de cette vulnérabilité génétique restent largement à découvrir.

#### Les prises en charge conjointes : cannabis, héroïne, cocaïne

Dr Éric Malapert (Épinay-sur-Orge),  
Dr Hassan Rahioui (Villejuif)

#### **Addictions et psychiatrie. Un exemple de programmation régionale d'organisation des soins : le SROS Addiction de la région Alsace**

Dr Éric Schwartzenruber, Dr Jean-Philippe Lang  
(Strasbourg)

Les conduites addictives s'accompagnent d'une comorbidité psychiatrique importante et souvent méconnue. Les conduites addictives développées chez les patients souffrant de troubles psychiques sont une cause essentielle de chronicisation de ces troubles, de réhospitalisations, de mauvaise observance des soins et de résistance aux traitements. De plus, elles restent l'origine principale d'un risque relatif de décéder par mort naturelle, pour la population souffrant de maladies mentales, deux à trois fois supérieur à celui retrouvé dans la population générale.

La carence d'une prise en charge psychiatrique et addictive conjointe, ainsi que la difficulté d'accès aux soins psychiatriques pour les patients usant de substances psychoactives font qu'aujourd'hui, la première cause de décès chez les patients sidéens est devenue l'hépatite C qui est pourtant désormais une maladie curable. Les freins et écueils thérapeutiques principaux à sa bonne prise en charge sont les troubles psychiatriques et les conduites addictives coexistantes.

Il est donc nécessaire qu'une collaboration étroite soit effective entre l'ensemble de ces disciplines et les différents

partenaires, qu'ils soient hospitaliers ou non, et qu'un parcours de soins transdisciplinaire construit autour du patient soit correctement établi.

La région Alsace, dans son volet addiction du SROS de 3<sup>ème</sup> génération a décidé de favoriser les liens entre la psychiatrie, l'addictologie, l'hépatologie, la médecine interne et la gynécologie obstétrique et a souhaité renforcer des collaborations simples et efficaces qui existaient préalablement entre ces structures de soins (Psychiatrie publique, Pôle référence VHC, COREVIH, Réseau maternité et addiction, Réseau micro-structure, CSST...).

#### Les prises en charge conjointes : jeu pathologique, troubles des conduites alimentaires

Dr Marc Valleur, Dr Nathalie Godart (Paris)

#### **Addictions aux jeux vidéos et aux jeux de hasard et d'argent : les mêmes comorbidités psychiatriques ?**

M. B. Rocher, Dr Marie Grall-Bronnec,  
Pr Jean-Luc Vénisse (Nantes)

De plus en plus, nous accueillons des sujets présentant une dépendance aux jeux, qu'il s'agisse de jeux vidéos ou de jeux de hasard et d'argent. Face à cette nouvelle population, nous souhaitons mener une évaluation multiaxiale standardisée.

Notre objectif était de décrire précisément un échantillon de joueurs de jeux vidéos d'une part, et de joueurs pathologiques d'autre part, pour repérer ainsi des similitudes entre les deux groupes et confronter nos résultats à ceux de la littérature internationale.

Méthodologie : nous avons proposé à tous les sujets consultant dans le service pour ces troubles de participer à une unique évaluation, reposant sur des outils validés sur le plan international.

Résultats :

. Jeux vidéos : six sujets (60 % des sujets contactés) ont accepté de participer. Il s'agissait d'hommes âgés en moyenne de 22,2 ans, jouant en moyenne 9 h/jour. 83 % étaient célibataires et la même proportion vivait au domicile parental. Les comorbidités d'axe I (SCID-I) étaient très représentées dans l'échantillon, principalement les troubles dépressifs et anxieux. L'évaluation catégorielle de la personnalité (SCID-II) mettait en évidence un trouble de la personnalité chez tous les sujets.

. Jeux de hasard et d'argent : plus de 60 % des sujets contactés (24 sujets) ont accepté de participer à l'étude. L'échantillon était majoritairement constitué d'hommes, âgés en moyenne de 44 ans, vivant en couple, d'un niveau scolaire assez faible et possédant un emploi. Les comorbidités d'axe I (MINI) les plus représentées étaient les troubles de l'humeur et addictifs. Les troubles de la personnalité (SCID-II) étaient fréquents, majoritairement du cluster B.

Conclusion : malgré le faible nombre de patients inclus, nos résultats correspondent aux données de la littérature internationale. Les deux groupes semblent partager le poids des comorbidités. Ce constat incite bien sûr à les repérer précocement pour adapter les propositions de soins.

## Addictions et problématiques sociales

Présidents : Dr Alain Morel (Boulogne),  
Mme Marie Villez (Lille)

14 h 00

### **Justice et addictions**

Mme Pascale Bruston (Melun)

14 h 30

### **Précarité et addictions**

Dr Jean Maisondieu (Paris)

15 h 00

### **Drogues et travail : nouveau phénomène ou nouvel intérêt ?**

Mme Astrid Fontaine (Paris)

Cette communication présentera une partie des résultats de deux recherches menées pour l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (1).

Les usagers qui maintiennent durablement une activité professionnelle et un statut social retiennent depuis peu l'attention des pouvoirs publics. Sans doute ne s'est-on pas penché jusqu'ici sur la consommation de drogues par des personnes socialement intégrées et anonymes parce qu'elles n'étaient pas considérées comme les auteurs et acteurs d'un "problème" de société, de santé ou d'ordre public.

Les témoignages recueillis auprès d'une soixantaine d'usagers insérés, ne fréquentant pas les structures de soins et n'ayant jamais été aux prises avec la justice, permettent d'aborder les dimensions récurrentes dans ces parcours de vie hétérogènes : la recherche de plaisir, le dopage des sociabilités, l'automédication, les stratégies de gestion de l'usage, les produits comme condition de l'intégration, le rôle du secret et de la transgression dans la construction de l'identité.

#### **Référence bibliographique**

1 - Fontaine A. Double vie. Les drogues et le travail. Paris : Éditions les Empêcheurs de penser en rond, 2006.

16 h 00

### **• Ateliers – Addictions et problématiques sociales : regards croisés**

#### **Violence, sécurité routière et addictions**

Dr Sophie Christophe (Villejuif),  
Dr Charles Mercier-Guyon (Annecy)

#### **Violence et addictions**

Dr Sophie Christophe (Villejuif)

Les questions de la violence et de l'usage de substances psychoactives sont deux sujets d'actualité qui interrogent de nombreuses instances. La notion de violence est large et complexe.

Nous ne pouvons faire l'économie de ses définitions avant de nous interroger sur les liens entre ces dernières et les maladies mentales en général, et des addictions en particulier. Il importera de préciser quelles substances sont génératrices de violences. Nous excluons de notre propos les conduites autoagressives. La double composante comportement violent et addiction aboutira à l'aspect médico-légal qui en est la conséquence directe, aussi bien sur le plan individuel que collectif, dans un domaine sociétal où la stigmatisation de la violence est exponentielle.

#### **Drogues et sécurité routière**

Dr Charles Mercier-Guyon (Annecy)

Si, au plan épidémiologique, l'alcool reste la principale cause d'accidents graves ou mortels de la route (entre 25 et 40 % selon les études), la présence de drogues illicites est retrouvée, selon les études, dans 6 à 15 % des cas. Il a été également constaté que 5 à 7 % des conducteurs présumés responsables présentaient un dépistage positif aux benzodiazépines.

Les statistiques sont encore très fragmentaires en médecine du travail, mais on assiste indiscutablement à une augmentation des préoccupations à propos des psychotropes au travail, ne serait-ce que du fait d'une augmentation et d'une banalisation de leur consommation.

Au plan des études expérimentales, il a été largement prouvé que l'alcool agit à deux niveaux sur la conduite, d'une part, en allongeant les temps de réaction et en diminuant l'attention et, d'autre part, en modifiant le comportement avec une prise de risque excessive, ceci dès des taux de l'ordre de 0,20 g/l. Cette désinhibition est nettement plus marquée chez les sujets jeunes.

En ce qui concerne les drogues illicites, on a prouvé que le cannabis peut induire une ivresse voisine de celle de l'alcool, avec, de plus, des distorsions sensorielles. Ces effets sont encore plus marqués avec les cannabis à forte concentration qui sont de plus en plus fréquemment retrouvés.

La cocaïne, si elle peut améliorer transitoirement les performances mentales, agit également en augmentant la prise de risque.

Les autres drogues (héroïne, LSD, crack, ecstasy) ont également des effets dévastateurs sur le comportement à tel point que leur consommation empêche le plus souvent les utilisateurs de prendre le volant ou de se rendre au travail.

Le rôle néfaste des psychotropes médicamenteux, et en particulier les benzodiazépines, apparaît plus lié au mésusage et à l'hyperconsommation, qui plus est par une population elle-même caractérisée par des comportements à risque.

En ce qui concerne les drogues illicites, on peut discuter de l'opportunité et des priorités des actions à mener :

- continuer de réprimer l'usage de drogue, au même titre que l'usage de l'alcool au volant et au travail, ceci dans le respect des normes éthiques ;
- définir clairement dans le contrat de travail des conducteurs de véhicule à titre professionnel l'interdiction de consommation ou de possession de drogues illicites pour certains postes de travail ;

- définir clairement le rôle et les obligations de la médecine du travail, en particulier en termes de dépistage, en collaboration avec les services concernés et les comités d'hygiène et de sécurité, et en tenant compte du développement rapide des moyens de dépistage de plus en plus fiables et d'utilisation facile sur le terrain ;

- procéder à des études épidémiologiques évolutives, pour affiner les connaissances dans ce domaine.

Une approche multifactorielle sur les comportements à risque paraît nécessaire pour permettre de réduire l'incidence des accidents de la route et du travail liés à la consommation de produits psychotropes.

La consommation de drogues illicites fait encore trop souvent l'objet d'un tabou, tant chez les employeurs que chez les médecins et dans la population générale ; elle doit être ramenée à ce qu'elle est en réalité : un comportement à risque dans une société qui recherche la minimisation des risques dans tous les domaines.

### Précarité, réduction des risques et addiction

Dr Alain Mercuel (Paris),

Dr Béatrice Stambul (Aix-en-Provence)

#### **Usages de drogue et grande précarité : l'expérience du bus MDM 31/32 à Marseille**

Dr Béatrice Stambul (Marseille)

Depuis 1994, Médecins du monde (MDM) mène un programme de réduction des risques dans les rues de Marseille à partir d'une antenne mobile qui propose un travail de rue : mise à disposition de matériel d'injection stérile et, depuis 1999, de méthadone dans un cadre atypique d'inclusion rapide, avec peu de préalables et un délivrance quotidienne stricte. Ce dispositif nous met en contact avec une population de poly-usagers extrêmement précarisés avec une surreprésentation de pathologies psychiatriques majeures (psychoses, troubles de l'humeur), ignorés ou rejetés des dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun.

Comment un CSST/CAARUD à roulettes appréhende-t-il les problématiques VIH, hépatites, alcool, psychiatrie ? L'approche de la réduction des risques permet-elle de trouver des solutions adéquates et des soins adaptés ? Comment penser le soin somatique et psychique dans la rue ou dans le bus ? Nous essaierons de faire un point sur l'état des lieux de notre réseau, des possibilités qui sont les nôtres et des pistes à développer dans le futur.

À partir de cet exemple, il est nécessaire de situer la politique de réduction des risques comme modalité de référence dans l'approche, et les stratégies de prise en charge des personnes vivant à la rue et consommant des drogues.

#### **"Il n est pas des nôôtreu, il n a pas bu son verre comme les ôôtreu." Quelles conduites alcooliques ? Pour quoi et pour qui boire ?**

Dr Alain Mercuel (Paris)

À partir d'une pratique de terrain de l'Équipe mobile psychiatrie-précarité du centre hospitalier Sainte-Anne à Paris,

quelques éléments de réflexion sont abordés au sujet de l'aide possible aux personnes alcooliques et en grande précarité.

Constat de situations cliniques très variées, expériences thérapeutiques ou plutôt préthérapeutiques, pratique de réseau seront illustrés par quelques cas aux suites plus ou moins heureuses.

#### **Addictions et personnes âgées**

Dr Arnaud Diviné, Mme Émilie Boyard (Erstein)

Si l'on évoque fréquemment la situation des personnes âgées dépendantes, c'est en référence aux personnes nécessitant l'aide d'autrui pour effectuer les actes de la vie courante. Il est plus rare d'utiliser cette même formulation pour parler d'un individu âgé qui ressent le besoin de consommer un ou des produits susceptibles d'entraîner une assuétude : les comportements addictifs chez la personne âgée sont relativement peu évalués. Pourtant, ils existent bel et bien, et sont même fréquents et variés.

Ils peuvent avoir débuté précocement et avoir vieilli (bien ou mal) avec le sujet, tout comme ils peuvent s'être initiés à un âge plus avancé, lors de moments difficiles (arrêt d'une vie professionnelle, perte d'un conjoint, apparition d'un trouble psychique traité médicalement ou autogéré...). Ils font souvent office de "canne" au cours d'une vie qui s'échappe en boitant, de "substitut" de maîtrise au cours d'une existence où les troubles de la mémoire et l'altération physique vont grandissant, où les liens avec l'angoisse de mort deviennent progressivement plus intimes ainsi que plus réels, et où l'isolement et la dépendance à autrui s'accroissent.

Il peut s'agir d'un usage de substances psychoactives comme l'alcool, les benzodiazépines, le tabac et les opiacés, avec des troubles du comportement au niveau social et familial venant ritualiser et rythmer un vieillissement inquiétant, ou bien de véritables pharmacodépendances. Illustration par un cas clinique.

## Conclusion

17 h 30

M. Pascal Melihan-Cheinin,

Direction générale de la santé

## Communications affichées

#### **Cannabis et dépression : données épidémiologiques**

Dr Alain Dervaux, Dr Xavier Laqueille (Paris)

Certaines études épidémiologiques, menées en population générale, ont retrouvé un lien entre consommation de cannabis et troubles dépressifs, en particulier la *National comorbidity survey* (NCS, États-Unis), la *National survey of mental health and well being* (NSMHW, Australie) chez les sujets jeunes uniquement, l'*Epidemiologic catchment area study* (ECA, États-

Unis), la *Children in the community study* (CCS, États-Unis) et la *Victorian adolescent health cohort study* (VAHCS, Australie), mais chez les filles uniquement.

En revanche, d'autres études n'ont pas retrouvé de liens entre consommation de cannabis et dépression, en particulier la *Dutch health behaviour in school-aged children school survey* (DHBSAC, Pays-Bas), la NSMHW chez les adultes uniquement, la VAHCS chez les garçons uniquement et la *Longitudinal survey of youth* (NLSY, États-Unis).

L'association entre dépression et consommation de cannabis des études positives reste faible. Néanmoins, la durée des études longitudinales reste limitée, ne permettant pas de voir l'influence favorisante de la consommation de cannabis sur la survenue de troubles dépressifs à long terme, comme c'est le cas pour la consommation d'alcool.

Les études transversales ne permettent pas de retrouver le sens de causalité. Les études longitudinales sont en faveur de troubles dépressifs secondaires à la consommation, avec un effet dose-dépendant, les sujets dépendants étant les plus à risque. En revanche, dans les études épidémiologiques longitudinales sur de grand nombre de sujets, les troubles dépressifs ne semblent pas favoriser l'usage ou l'abus de cannabis. Les facteurs de risque de dépression chez les consommateurs de cannabis sont la précocité de la consommation, le sexe féminin, la sévérité de la consommation, en particulier l'usage quotidien et la dépendance.

#### **Addictions et troubles de la personnalité psychopathiques**

Dr Alain Dervaux, Dr Mustapha Kanit,  
Dr Xavier Laqueille (Paris)

L'intrication étroite entre conduites addictives et troubles de personnalité antisociale est attestée par la fréquence de la comorbidité. Les troubles de la personnalité psychopathiques sont les troubles de la personnalité les plus fréquents dans les addictions : dans l'étude *Epidemiologic catchment area* (ECA) menée en population générale américaine, 14 % des sujets alcoolodépendants, 15 % des sujets dépendants du cannabis, 37 % des sujets dépendants des opiacés et 43 % des cocaïnomanes ont rempli les critères de personnalité antisociale au cours de leur vie contre 3 % dans la population générale américaine (Regier *et al.*, 1990). Ces données ont été confirmées dans la récente étude *National epidemiologic survey on alcohol and related conditions*, la fréquence des troubles de la personnalité antisociale étant plus élevée chez les sujets présentant un abus ou une dépendance à l'alcool (OR = 4,8 par rapport à la population générale) et aux drogues (OR = 11,8) (Grant *et al.*, 2004).

La fréquence des troubles de la personnalité antisociale est également très élevée dans les services d'addictologie : entre un quart et un tiers des patients. La fréquence est plus élevée en cas de dépendance associée à l'alcool et aux drogues, par exemple 79 % dans l'étude de Ross *et al.* (1988). Dans une population de sujets incarcérés et traités par méthadone, la

fréquence des sujets avec personnalité antisociale était de 65 % (Darke, 1998).

Les addictions se développent chez ces sujets à l'adolescence. La recherche de nouveauté, de sensations et l'impulsivité sont les dimensions qui semblent les plus déterminantes dans l'apparition et la persistance des conduites addictives chez les patients présentant des personnalités psychopathiques.

#### **Revue de la littérature sur la comorbidité cannabis et schizophrénie**

Dr Nadia Vernex, Dr F. Davier, Dr Didier Touzeau  
(Villejuif)

Si la haute prévalence de la comorbidité entre le cannabis et la schizophrénie fait aujourd'hui consensus, les déterminants de cette association continuent d'échapper aux scientifiques. Au travers d'une revue de la littérature, nous essayerons de savoir si le cannabis est une cause ou une conséquence des troubles psychotiques.

Matériel et méthode : toute notre analyse repose sur une revue de la littérature détaillée : étude de cas ; études transversales ; études longitudinales contrôlées et bien conduites. Puis nous avons déduit les hypothèses que suggèrent les résultats de chaque étude.

Résultats : sans vraiment retrouver un modèle satisfaisant expliquant la comorbidité entre la consommation chronique de cannabis et le développement de la schizophrénie, plusieurs hypothèses sont avancées. L'une d'entre elles suggère l'usage du cannabis comme "automédication" chez le patient (Khant-zian, 1985) ; ce serait pour atténuer les symptômes négatifs (émoussement affectif, perte de la volonté) (Péralta, 1992). L'automédication serait due à l'effet dopant du cannabis sur les signes négatifs (Hambrecht, 2000), mais ce dernier aggraverait les signes positifs de la schizophrénie. L'étude de Dervaux en 2003 montre que le cannabis précipiterait la symptomatologie en augmentant le nombre d'hospitalisations et de rechutes. Une relation dose-effet a été mise en évidence par des études longitudinales sans démontrer l'imputabilité chronologique : les cohortes suédoise (Andreasson, 1987 ; Zammit, 2002), israélienne et néerlandaise. Cependant, il y avait certains biais car ces études n'ont pas tenu compte des facteurs confondants et des drogues concomitantes. Les travaux de Henquet, 2005 (cohorte allemande), avancent l'hypothèse de la vulnérabilité des patients prédisposés au développement d'une psychose et rapportent donc que le cannabis serait un facteur de risque et non un facteur causal. Une autre hypothèse vient contredire la vulnérabilité des patients : Verdoux, 2002, et D'Souza, 2004 ont rapporté une relation dose-effet du cannabis sur la symptomatologie schizophrénique chez des sujets sains sans antécédents psychotiques.

Conclusion : il n'y a donc, à l'heure actuelle, aucune évidence de relation de cause à effet. Le clinicien doit être attentif à son diagnostic (psychose ou addiction ?), il doit interroger le patient sur ses habitudes de consommation et l'informer sur les risques de l'usage du cannabis.