



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

L'addictologie est-elle une spécialisation de la psychiatrie ?



Is addictology also a psychiatric subject?

Farid Benzerouk^{a,*}, Alexandra Dereux^{b,c}, Mohamed Ali Gorsane^d, Christophe Lançon^{e,f}

^a Pôle de psychiatrie adulte, hôpital Robert-Debré, centre hospitalier universitaire de Reims, rue du Général-Koenig, 51100 Reims, France

^b Centre hospitalier Sainte-Anne, CMME, 100, rue de la Santé, 75014 Paris, France

^c Inserm U894, centre de psychiatrie et neurosciences, 2, ter rue d'Alésia, 75014 Paris, France

^d ETAPE Créteil – Équipe de traitement des addictions Paris-Est Créteil, pôle de psychiatrie, hôpital Albert-Chenevier, CHU de Créteil, 40, rue de Mesly, 94000 Créteil, France

^e Pôle de psychiatrie "Solaris", centre hospitalier universitaire de Sainte-Marguerite, 270, boulevard de Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^f EA 3279, laboratoire de santé publique évaluation des systèmes de soins et santé perçue, faculté de médecine, université de la Méditerranée, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex 05, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 18 septembre 2014

Mots clés :

Addiction

Comorbidité

Double diagnostic

Prise en charge intégrée

Traitement

Keywords:

Addiction

Comorbidity

Dual diagnosis

Integrated care

Medication

R É S U M É

Le comportement addictif est défini comme « une tendance forte, durable et excessive à s'engager dans des comportements de production de plaisir ou d'évitement d'affects négatifs » (A. Goodman). Les données épidémiologiques montrent que les patients pris en charge en psychiatrie présentent fréquemment, en plus de la pathologie mentale pour laquelle ils sont suivis, des troubles addictifs. Il est donc particulièrement important de dépister et prendre en charge les consommations de substances psychoactives voire les addictions chez les patients suivis en psychiatrie, non seulement pour améliorer le pronostic du trouble addictif, prévenir ou traiter les complications somatiques, mais également pour améliorer le pronostic du trouble psychiatrique associé. Pour une telle prise en charge, l'approche intégrée semble la mieux adaptée. Nous le montrons à travers une illustration clinique. Dans la discussion, nous tentons de mettre en évidence que l'addictologie correspond à une approche commune, clinique, scientifique et politique de l'ensemble des conduites addictives et que cette discipline s'intègre pleinement dans le champ de la psychiatrie.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

The addictive behavior is defined as "a strong, long-lasting and excessive trend to make a commitment in behavior of production of pleasure or avoidance of negative affects" (A. Goodman). Epidemiological data show that patients receiving psychiatric care frequently have, besides the mental pathology for which they are followed, substance use disorders. It is thus particularly important to detect and to take care of the consumptions of psychoactive substances by the patients followed in psychiatry, not only to improve the forecast of the substance use disorder, prevent or handle the somatic complications, but also to improve the forecast of the associated psychiatric disorder. The integrated care seems the best adapted. We try to show it through a clinical illustration. In the discussion part, we try to highlight that addictology corresponds to a common, clinical, scientific and political approach of all the substance disorders and that this discipline becomes completely integrated into the field of psychiatry.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Vignette clinique introductrice

M. N. est un patient âgé de 27 ans hospitalisé pour prise en charge suite à un état d'agitation dans un contexte d'intoxication alcoolique aiguë.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fbenzerouk@chu-reims.fr (F. Benzerouk).

Ce patient, célibataire sans enfant, a des relations conflictuelles avec sa famille du fait de ses consommations de substances psychoactives (alcool et cannabis) et des recrudescences délirantes fréquentes qu'il présente. Il est sans emploi, semble se désocialiser progressivement. Depuis l'âge de 20 ans, il a déjà bénéficié de multiples hospitalisations pour recrudescences délirantes, à chaque fois dans des contextes de consommations de substances. Le suivi ambulatoire est difficile à mettre en place, il est même chaotique du fait de l'anosognosie que présente le patient, de la banalisation de la consommation de substances et de la grande réticence à la prise de traitements psychotropes. Différentes prises en charge ambulatoires ont été proposées, en psychiatrie (dans un centre médico-psychologique) et en addictologie, en série ou de manière parallèle. Cependant, malgré toute la difficulté de la mise en place du suivi, une prise en charge intégrée semble la plus appropriée à ce patient. En effet, cette prise en charge permet au moins d'éviter une augmentation des consommations de substances.

Au moment de la nécessité de la nouvelle hospitalisation, il présente une intoxication tabagique estimée à vingt paquets-années, une consommation de cannabis estimée à deux joints par jour et une consommation d'alcool estimée à deux litres de bière par jour.

L'observance du seul psychotrope que le patient ait accepté (un gramme d'acide valproïque par jour) est médiocre.

Ce court cas illustre que la présence de comorbidités addictives chez un patient souffrant d'un trouble délirant complique la prise en charge. Cela complique également la question du diagnostic à faire, dans l'idéal, à distance des consommations de substances.

2. Comorbidités addictives et psychiatriques : quelques données épidémiologiques

En 1990, Goodman apporte la définition des addictions la plus utilisée jusqu'à aujourd'hui. Il définit le comportement addictif comme « une tendance forte, durable et excessive à s'engager dans des comportements de production de plaisir ou d'évitement d'affects négatifs. Ces comportements sont caractérisés par une incapacité récurrente à contrôler un comportement et par la poursuite de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives » [2].

Les principales conduites addictives reconnues sont celles en lien avec les consommations de substances licites ou illicites, et les addictions sans substance. On décrit ainsi des addictions aux jeux de hasard et d'argent, aux achats, aux réseaux de communication, aux jeux vidéo, au travail. . .

Comme l'illustre la vignette clinique, les patients pris en charge en psychiatrie présentent fréquemment, en plus de la pathologie mentale pour laquelle ils sont suivis, des troubles addictifs.

Kessler et al. avaient montré en 1996, à partir de la cohorte américaine NCS (*National Comorbidity Survey*), que parmi les personnes qui déclaraient ayant déjà présenté un trouble mental, 51 % avaient également présenté un trouble addictif dans leur vie (soit un risque multiplié par 2,4 par rapport à la population générale), et 14,7 % un trouble addictif sur l'année écoulée (OR = 2,6) [7].

Ce risque est encore plus élevé en population clinique. Une étude chez des patients suivis en psychiatrie en Angleterre a permis d'estimer à 44 % la proportion de patients qui ont présenté un problème lié à l'usage de drogue ou d'alcool sur l'année écoulée [15].

Si l'on considère non plus les substances psychoactives mais les comportements à risque addictifs, on retrouve cette surreprésentation des addictions sans produit dans les troubles psychiatriques. C'est ainsi que, dans le champ des jeux de hasard et d'argent, l'étude américaine de large envergure NCS-R (*National Comorbidity Survey Replication*) retrouve que chez les sujets souffrant d'un trouble bipolaire de type 1, 11,1 % ont présenté au moins une fois dans leur vie les critères DSM-IV du jeu pathologique, contre 0,5 % dans le reste de l'échantillon. Chez les sujets souffrant d'un trouble bipolaire de type 2, la prévalence vie entière du jeu pathologique est de 2,9 %. Ce qui est aussi fort remarquable dans cette étude, c'est que la présence d'un diagnostic de trouble bipolaire prédit celui de jeu pathologique avec un Odds-Ratio de 9,1 (intervalle de confiance à 95 % : 2,4–33,9) [8].

Enfin, si l'on considère les consommations de substances indépendamment de tout diagnostic d'addiction, l'étude *Genomic Psychiatry Cohort* montre que les patients présentant un trouble psychotique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire avec symptômes psychotiques et trouble schizo-affectif) ont une consommation de substances psychoactives encore plus élevée que ce que les précédentes estimations laissaient penser (Tableau 1) [3]. Par

Tableau 1

Prévalence des consommations de substances en fonction du diagnostic psychiatrique et risque de consommation de substance en cas de trouble psychotique sévère par rapport aux contrôles (cohorte NSDUH) [3].

	Trouble bipolaire avec caractéristiques psychotiques	Schizophrénie	Trouble schizo-affectif (sous-type bipolaire)	Trouble schizo-affectif (sous-type dépressif)	Contrôles	Odds-ratio ^a [IC 95 %]	p
<i>Effectifs</i>	1501	5582	1482	555	10 194		
<i>Alcool</i>							
> 4 verres/jour	26	28	29	30	8	3,96 [3,61 ; 4,35]	< 10 ⁻¹⁸⁷
<i>Tabac</i>							
> 100 cigarettes sur vie entière	74	74	80	75	33	4,61 [4,31 ; 4,94]	< 10 ⁻³²⁵
Consommation quotidienne sur > 1 mois	71	72	79	73	29	5,11 [4,78 ; 5,46]	< 10 ⁻³²⁵
<i>Cannabis</i>							
> 21 fois par an	52	43	54	49	18	3,47 [3,23 ; 3,72]	< 10 ⁻²⁵³
<i>Drogues récréatives</i>							
> 10 fois	53	35	54	45	12	4,62 [4,27 ; 4,99]	< 10 ⁻³²⁵

^a Odds-ratios ajustés sur les données socio-démographiques (sexe, âge, origine ethnique).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/312410>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/312410>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)