

# Addictions et schizophrénie

Dr Michaël BISCH  
14 octobre 2016

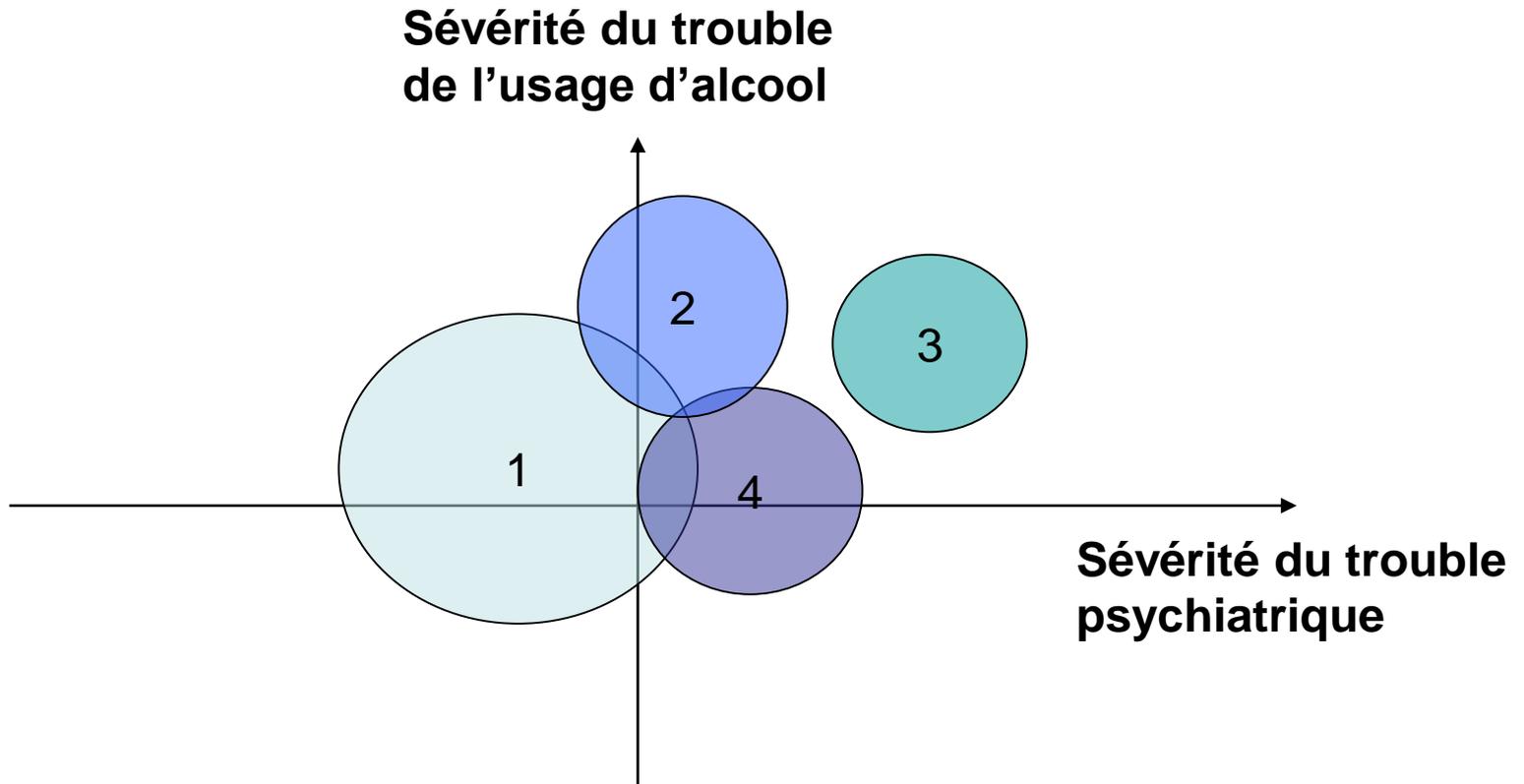
# Le trouble co-occurent SCZ -Addictions

- Répond:
  - À des impressions cliniques
  - À une co-occurrence statistique

Un tiers des patients SCZ présentent un trouble de l'usage d'alcool sur vie entière
- Les circuits de soins ont néanmoins été organisés séparément.
- Les enjeux thérapeutiques sont majeurs.

SCZ : perte de 25 d'esp. de vie
- La nécessité d'une articulation des soins au sein du même dispositif institutionnel

# Tous « Double Troubled »



# Modèles étiologiques

## Hypothèses étiologiques :

### 1. La SCZ induit ou perpétue les addictions :

- Autorégulation symptomatologique
- « Accroche » identificatoire
- Exposition accrue du fait de cpts à risque
- Désinhibition, impulsivité

### 2. Les addictions induisent ou prolongent la SCZ

- Toxicité de la substance
- Environnement (exposition au stress)
- Interactions G-E (phénomènes de sensibilisation au stress)

# Modèles étiologiques

## Hypothèses étiologiques :

3. Existence de mécanismes communs, génétiques et/ou environnementaux

- Ex : Dysfonctionnements familiaux, faible niveau socioéconomique, faible étayage parental
- Héritabilité partagée

# Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010

Harvey A Whiteford, Louisa Degenhardt, Jürgen Rehm, Amanda J Baxter, Alize J Ferrari, Holly E Erskine, Fiona J Charlson, Rosana E Norman, Abraham D Flaxman, Nicole Johns, Roy Burstein, Christopher J L Murray, Theo Vos  
*Lancet* 2013; 382: 1575-86

Les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances représentent un fardeau important sur le plan de la santé publique

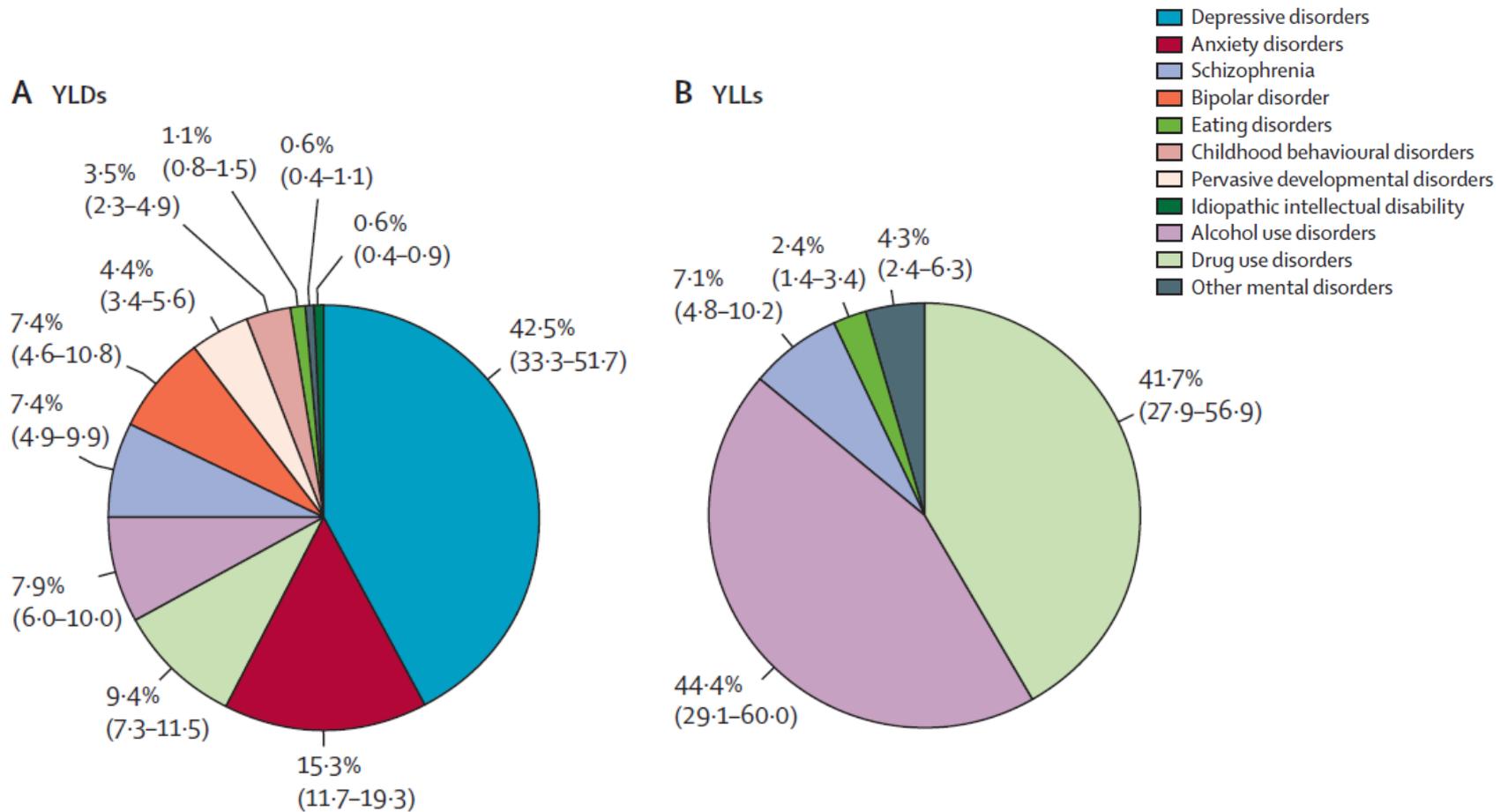
	Proportion of total DALYs (95% UI)	Proportion of total YLDs (95% UI)	Proportion of total YLLs (95% UI)
Cardiovascular and circulatory diseases	11.9% (11.0-12.6)	2.8% (2.4-3.4)	15.9% (15.0-16.8)
Diarrhoea, lower respiratory infections, meningitis, and other common infectious diseases	11.4% (10.3-12.7)	2.6% (2.0-3.2)	15.4% (14.0-17.1)
Neonatal disorders	8.1% (7.3-9.0)	1.2% (1.0-1.5)	11.2% (10.2-12.4)
Cancer	7.6% (7.0-8.2)	0.6% (0.5-0.7)	10.7% (10.0-11.4)
<b>Mental and substance use disorders</b>	<b>7.4% (6.2-8.6)</b>	<b>22.9% (18.6-27.2)</b>	<b>0.5% (0.4-0.7)</b>
Musculoskeletal disorders	6.8% (5.4-8.2)	21.3% (17.7-24.9)	0.2% (0.2-0.3)
HIV/AIDS and tuberculosis	5.3% (4.8-5.7)	1.4% (1.0-1.9)	7.0% (6.4-7.5)
Other non-communicable diseases	5.1% (4.1-6.6)	11.1% (8.2-15.2)	2.4% (2.0-2.8)
Diabetes, urogenital, blood, and endocrine diseases	4.9% (4.4-5.5)	7.3% (6.1-8.7)	3.8% (3.4-4.3)
Unintentional injuries other than transport injuries	4.8% (4.4-5.3)	3.4% (2.5-4.4)	5.5% (4.9-5.9)

DALYs=disability-adjusted life-years. YLDs=years lived with disability. YLLs=years of life lost.

**Table:** Proportion of YLDs, YLLs, and DALYs explained by the ten leading causes of total burden in 2010

# Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010

Harvey A Whiteford, Louisa Degenhardt, Jürgen Rehm, Amanda J Baxter, Alize J Ferrari, Holly E Erskine, Fiona J Charlson, Rosana E Norman, Abraham D Flaxman, Nicole Johns, Roy Burstein, Christopher J L Murray, Theo Vos  
*Lancet* 2013; 382: 1575-86



# Épidémiologie

**46% des patients schizophrènes cotent pour un trouble addictif**

Relation entre la sévérité clinique et la présence du trouble addictif

ET

Force de l'association à la SCZ croît parallèlement à la sévérité de l'addiction

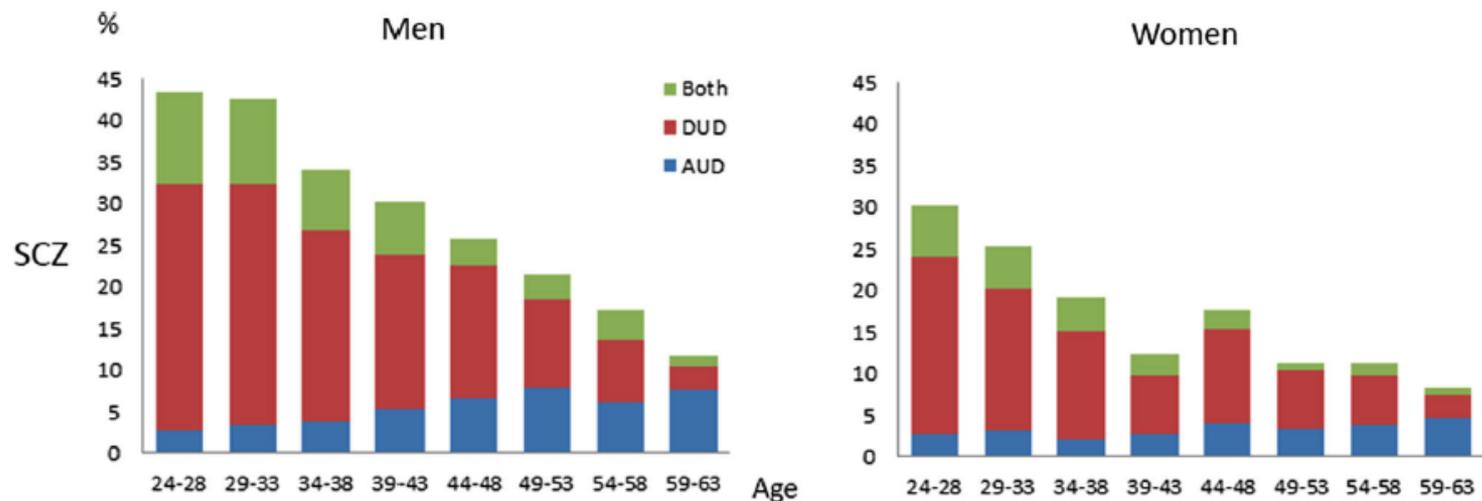
# Épidémiologie

## **Relation temporelle**

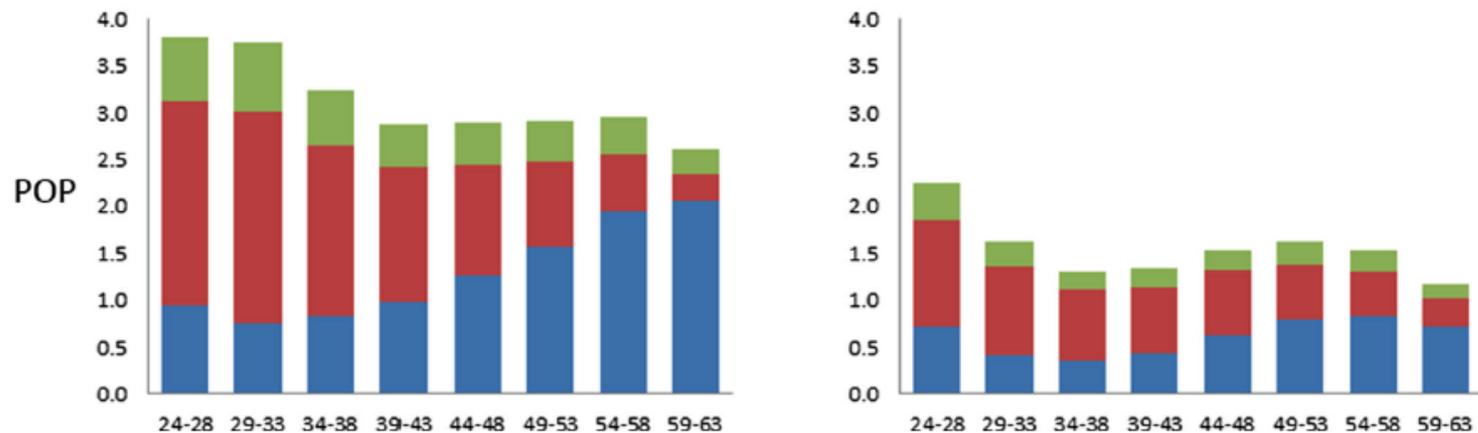
- Les troubles addictifs sont le plus souvent précéssifs au diagnostic de SCZ
- Mais les signes prémorbides précèdent généralement l'addiction.

## Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study

Ragnar Nesvåg · Gun Peggy Knudsen · Inger Johanne Bakken ·  
Anne Høy · Eivind Ystrom · Pål Surén · Anne Reneflot ·  
Camilla Stoltenberg · Ted Reichborn-Kjennerud



N=9002 patients schizophrènes, dont 25,1% avait aussi un diagnostic d'une trouble liés à l'usage de SPA (4.6% alcool, 15,6% drogues, 4,9% alcool et drogue)



# Facteurs de risque

- Sexe masculin
- âge (jeunes adultes, adolescents)
- impulsivité
- traits antisociaux

=> **Mêmes FDR qu' en pop. générale**

# Schizophrénie et cannabis

## **Vulnérabilité génétique :**

- Liens entre schizophrénie et récepteurs cannabinoïdes : certains variants du récepteurs CB1 seraient moins fréquents chez les patients schizophrènes les plus sensibles aux effets du cannabis

*(Inserm, expertise coll; 2001)*

# Schizophrénie et cannabis

**Le cannabis n'est ni nécessaire ni suffisant**

# Aspects thérapeutiques

- Selon certaines études, il y a peu de bénéfice ajouté par la prise en charge addictologique seule en hospitalisation

⇒ l'évolution psychosociale des patients schizophrènes stabilisés pour la pathologie addictive s'avère meilleure que celle des patients sans ATCD d'addiction

# Aspects thérapeutiques

**Psychothérapies** : adaptations nécessaires

- Motivation au sevrage moindre
- Moindre capacité à modifier les habitudes de consommation
- Parfois « accroche identificateur » au statut de toxicomane moins stigmatisante

## The impact of alcohol on clinical outcomes in established psychosis: a longitudinal study

Christine Barrowclough<sup>1</sup>, Emily Eisner<sup>1</sup>, Sandra Bucci<sup>1</sup>, Richard Emsley<sup>2</sup> & Til Wykes<sup>3</sup>

- Patients schizophrènes et ayant des troubles liés à alcool (n=210) ou à d'autres substances (n=117)
- Suivi longitudinal pendant 2 ans
- Corrélation mineure, mais significative entre la quantité d'alcool consommée et les signes dépressifs
- Pas de corrélation entre les consommations et la sévérité des signes psychotiques ou anxieux
- Amélioration des signes dépressifs avec le sevrage

# Schizophrénie et addictions

Pharmacothérapie :

- Réévaluation posologique des AP en cours et après sevrage :
  - Tabac et cannabis abaissent les taux sanguins d' AP
  - Les patients sevrés nécessitent des poso minorées d' AP
- Les traitements de prévention de la rechute peuvent être utilisés
- Les TSO favorisent, au-delà de la compliance aux soins, la permanence du lien thérapeutique

# Le tabagisme en psychiatrie

La substitution nicotinique :

- n' est pas assez proposée ! (Fagerström et Aubin, février 2009)
- est mieux acceptée si proposée dès l' admission en service de psychiatrie (58% vs 34% par la suite)
- les posologies sont souvent insuffisantes

Leyro et coll. « Clinical Management of Tobacco Dependence in Inpatient Psychiatry: Provider Practices and Patient Utilization ». *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 64, n° 11 (1 novembre 2013): 1161-1165.

# Pourquoi une prise en charge intégrée ?

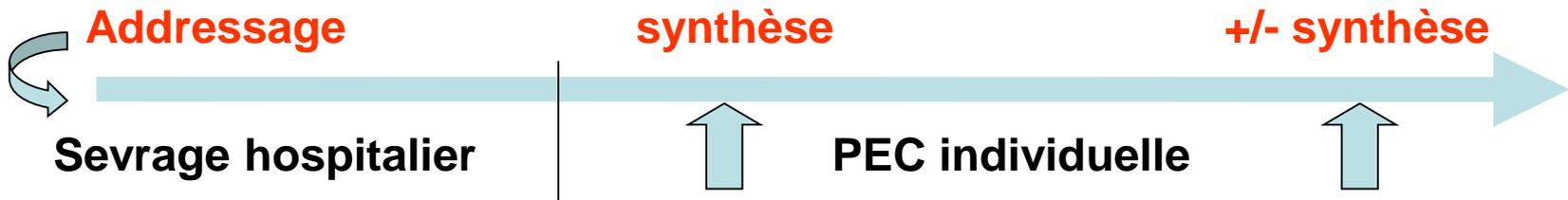
- En addictologie (service de médecine):
  - Une sécurisation environnementale insuffisante
  - Des contrats de soins inadaptés
- En psychiatrie :
  - L'absence de support pour une prise en charge addictologique spécifique

Pourquoi une prise en charge intégrée ?



**Lutter contre le syndrome de la porte tournante**

# Un plateau de soins intégrés ?

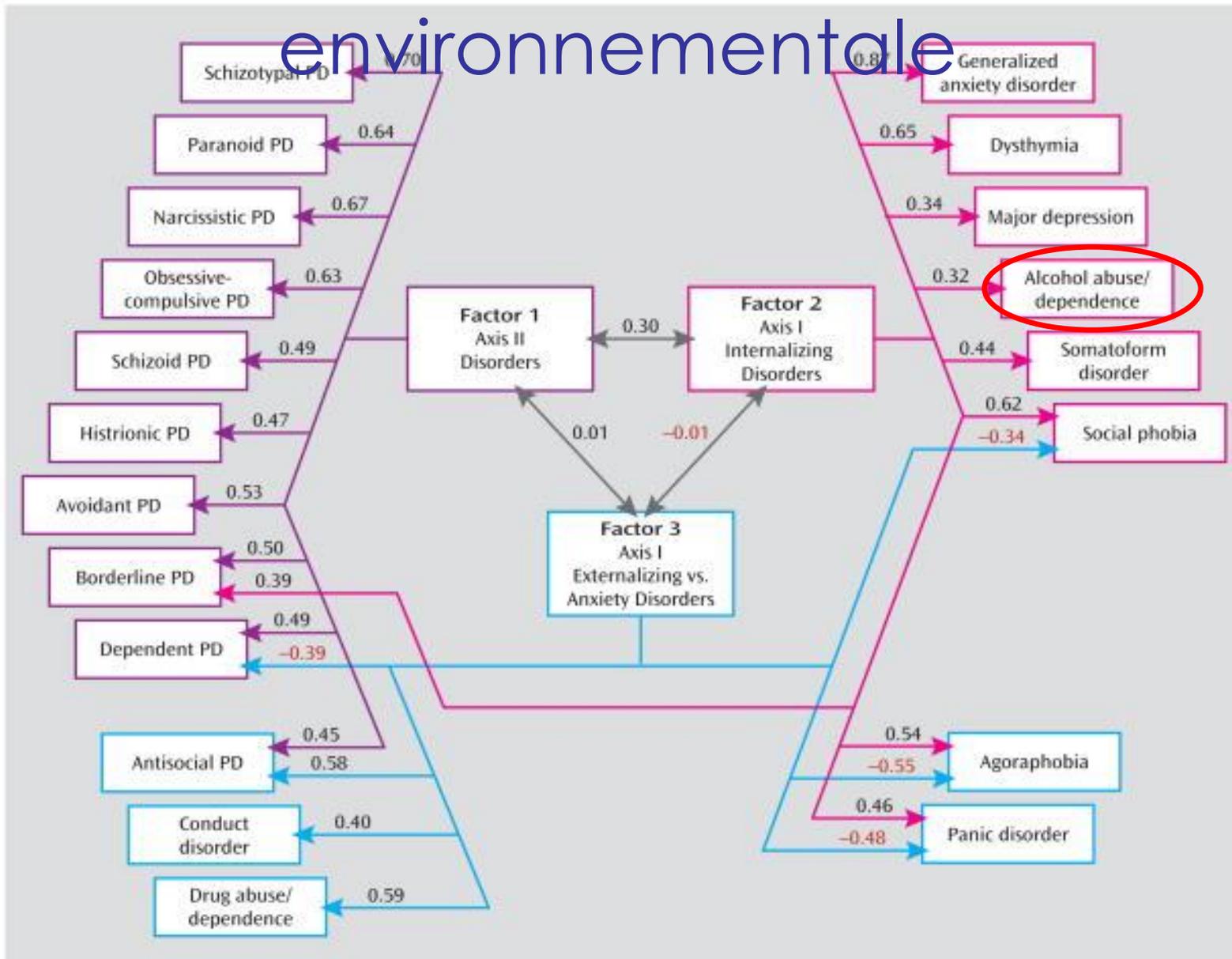


- Le médecin qui adresse reste référent tout au long de la prise en charge intégrée
- Une coordination est assurée par le médecin du plateau de soins intégrés,
- Le contrat de soins comprend :
  - une période de sevrage où débutent les soins spécifiques
  - une période individualisée (sans forcément une date de sortie programmée)

# Les centres de détection précoce des troubles psychotiques?

- Un fonctionnement apparenté aux CJC
- Changement de paradigme psychiatrique : le fonctionnement en lieu et place de la structure

# Vulnérabilité environnementale



# Vulnérabilité génétique

