

Conférence UNAFAM 73  
troubles psychiques et  
addictions  
DR JL VOYRON

UNAFAM 73  
UNIVERSITE DE SAVOIE  
LE PELICAN  
Le 27/11/2014

# PLAN DE L'INTERVENTION

- Historique
- Les classifications
- Les mécanismes des addictions
- Le modèle actuel BIO-PSYCHO-SOCIAL
- Épidémiologie ALCOOL TABAC  
CANNABIS
- Lien addictions /troubles psychiques

# HISTORIQUE



- L'étymologie latine vient de ad-dicere « dire à »:à Rome les esclaves étaient « dits à » leur pater familias .

# historique

- ◉ Au moyen âge le terme désigne l'obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette , à régler son créancier par un travail .

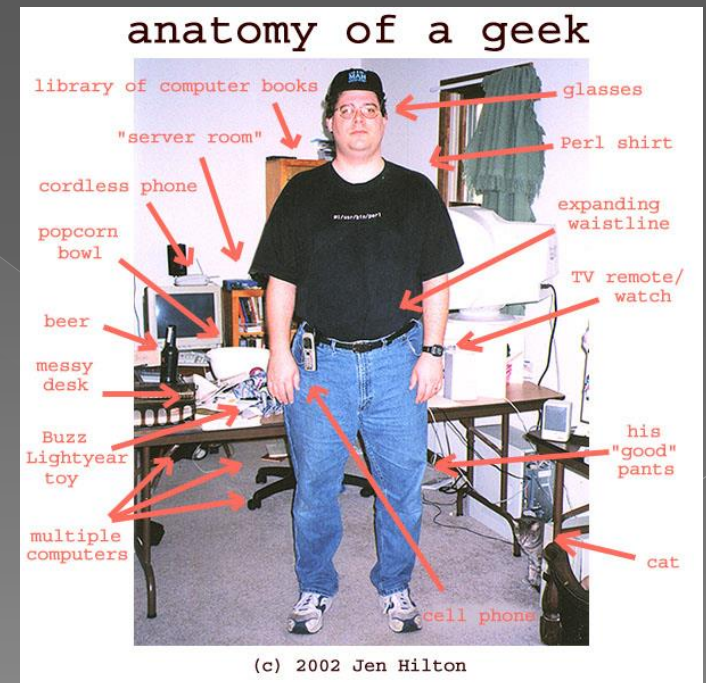


# HISTORIQUE

- Au XIX ème FREUD utilise le terme pour décrire « un besoin primitif » : la dépendance de l'enfant à sa mère: les addictions découleraient de cet état primitif qui a mal évolué .
- En 1945 plusieurs psychanalystes dont Otto Fenichel approfondissent le concept d'addiction en caractérisant ses mécanismes inconscients, pulsionnels, régressifs ; Isy Pelc en Belgique retient le vocable d'assuétude .

# HISTORIQUE

- C'est surtout en 1990 que Aviel Goodman définit les critères généraux des addictions :
- On va passer de la notion de dépendance à un produit (« drogue » ) à une notion plus élargie de dépendance comportementale sans produit : rapport pathologique aux jeux, écrans, sexe, nourriture, sport etc ...



# Addiction: critères de Goodman 1990

- Impossibilité de résister à l'impulsion de passage à l'acte.
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Soulagement ou plaisir durant la période.
- Perte de contrôle dès le début de la crise.
- Présence d'au moins trois des sept critères suivants qui définissent la dépendance:
  - > Existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt (dépendance physique, non obligatoire)
  - > Durée des épisodes plus importants que souhaités à l'origine.
  - > Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
  - > Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
  - > Diminution du temps passé avec les autres
  - > Poursuite du comportement malgré l'existence de problèmes psychologiques ou de santé
  - > Tolérance marquée, c'est-à-dire besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par

# CLASSIFICATIONS

- définition « classique » OMS 1975 :
  - > **dépendance**: état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage).
  - > **tolérance** présente ou non.



# CLASSIFICATIONS

- ◉ DSM IV retient essentiellement les critères de GOODMAN de 1990 .
- ◉ CIM 10 idem
- ◉ En aout 2011 l'american society of addiction medicine (ASAM ) définit l'addiction comme une maladie chronique du cerveau .

# Les

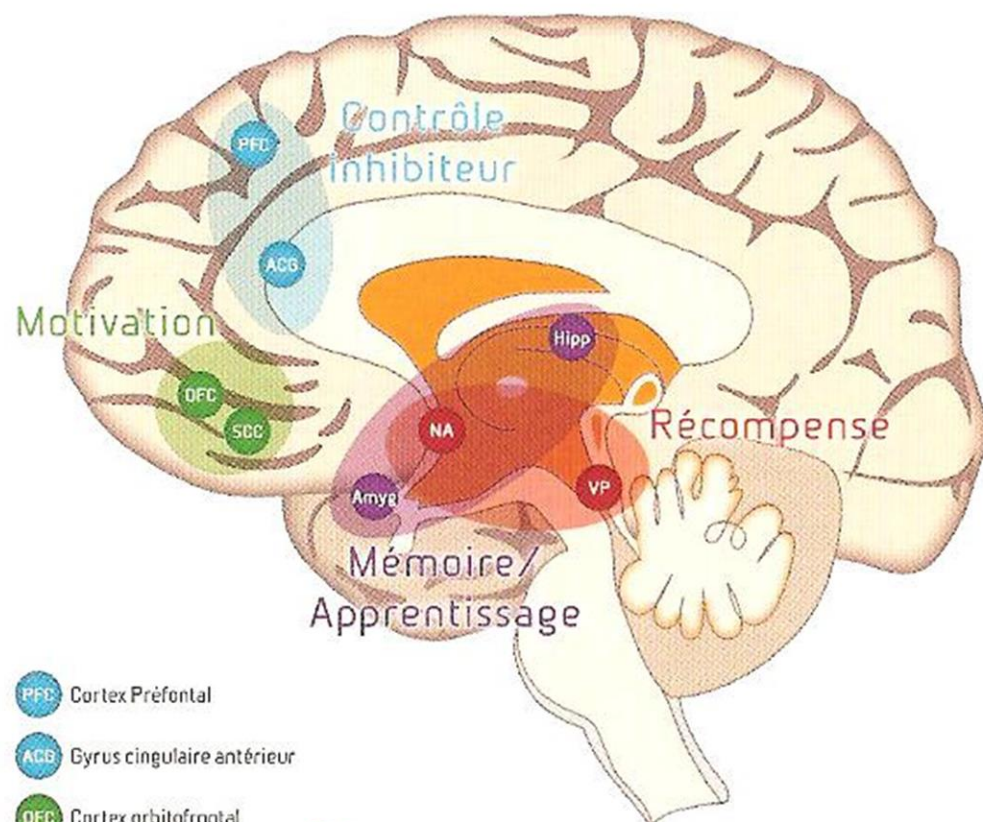
## MECANISMES:neurobiologiques

- Toutes les addictions sont liées à un système commun cérébral de la récompense qui emprunte la voie méso-cortico-limbique .
- Elles ont un neuro-médiateur commun la DOPAMINE présent surtout dans l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens.

# Rôle de la DOPAMINE

- NEURO-TRANSMETTEUR du système de la récompense
- Les « drogues » miment les neuromédiateurs naturels en venant forcer les serrures qui modulent les sécrétions dopaminergiques .
- +notion de découplage (JP Tassin ) entre circuit de la NORADRENALINE et celui de la SEROTONINE : soulagement artificiel et temporaire ressenti par les patients addictifs .
- Enfin d'autres neurotransmetteurs comme le GABA , le glutamate , les systèmes cannabinoïdes et opioïdes modulent l'activité dopaminergique ( utilisation de l'imagerie fonctionnelle du cerveau par le TEP et l'IRM fonctionnelle) .

# Circuits impliqués dans l'addiction



PFC: Cortex Préfrontal

ACB: Gyrus cingulaire antérieur

OFC: Cortex orbitofrontal

SCC

NA: Noyau accumbens

VP: Pallidum ventral

Amyg: Amygdale

Hipp: Hippocampe

# Hypothèses psychanalytiques

- La compulsion de répétition serait une manifestation de la pulsion de mort : « ORDALIE » : mécanisme inconscient à la base du jeu entre la vie et la mort .
- On retrouve souvent des défaillances narcissiques, des carences d'identité .
- Rôle central du corps qui devient lieu et possibilité de souffrance (Aulagnier)

# Facteurs de risque individuels et environnementaux



# Facteurs génétiques

- Études familiales sur des jumeaux et enfants adoptés montreraient un facteur d'héritabilité surtout présent pour l'alcool-dépendance : retrouvé dans 55 % des cas .

# Rôle génétique et vulnérabilités personnelles

## ○ Facteurs individuels :

- > Recherche de nouveautés : CLONINGER
- > Recherche de sensations : ZUCKERMAN deux groupes : HSS, LSS .
- > Personnalités avec modèles dimensionnels
  - théorie des Traits de EYSENCK : extraversion , nervosisme, détachement émotionnel .
- > Ou modèles catégoriels (CIM 10 / DSM 4 publié en 2000/DSM 5 paru en 05/2013 qui introduit l'appellation de SUD pour Substance Use Disorder avec quatre niveaux de sévérité) :
- > Comorbidités psychiatriques : dépression, anxiété, etc...



# Facteurs environnementaux

- Antécédents familiaux de conduites addictives
- Fonctionnement intrafamilial, mode d'éducation, tolérance des parents pour l'usage des produits et pour la transgression des règles
- évènements de vie (deuils, séparations, agressions, incestes....)
- influence des pairs, du groupe
- précarité, absence de scolarisation, marginalité.

# Facteurs psychiatriques

- Troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention
- Troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire)
- Tentatives de suicide à répétition
- Troubles anxieux
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles de la personnalité (antisociale, borderline...)

# modèle actuel : BIO- PSYCHO-SOCIAL

- BIO : prend en compte les facteurs génétiques, le potentiel plus ou moins addictogène de certains produits ...
- PSYCHO: personnalité du patient addictif .
- SOCIAL : son environnement familial, scolaire, professionnel etc...

# Termes associés

- Le CRAVING :désir compulsif , irrépressible à reproduire un comportement après une période d'abstinence :dimension psychique .
- ce n'est pas exactement le MANQUE qui se rattache plutôt aux manifestations physiques de sevrage d'un produit .
- usages simples /nocifs/dépendance .
- La dépendance peut être un phénomène normal (par ex après un traitement anti-douleur par morphine ) au contraire d'une addiction qui sera un effet indésirable à éviter et que l'on qualifera de dépendance comportementale .

# Notions de craving ou compulsion

- Trois types
  - > peuvent expliquer la rechute
  - > ou la difficulté de PEC
- Craving biologique neuro-hormonal
- Craving comportemental :
  - > conditionnement à certains stimuli
    - vue d'une seringue,
    - d'un collègue de défonce etc ...
  - > provoque des « sursauts de manque » ( ≠ manque biologique )
- Craving cognitif :
  - > de simples signes (transpiration, la moindre anxiété) interprétés comme du manque : « erreurs d'attribution » avec anticipations anxieuses

# Introduction aux différents traitements

- Pendant de nombreuses années les médecins ont prôné le sevrage et l'abstinence (alcool, héroïne ...).
- Puis sont survenues les « années SIDA »:1985/1995 :sont apparus alors :
  - > les notions de réduction des risques :vente libre des seringues (Mme BARZACH ) , création des CSST /CSAPA , loi EVIN (1991 sur publicité alcool et tabac) .
  - > Les traitements de substitution aux opiacés TSO
  - > Réflexion actuelle sur les salles d'injections supervisées ou salles de consommation à moindre risque SCMR (expertise INSERM 2012) :existent déjà en SUISSE, ANGLETERRE, CANADA.
- Puis notion de « consommation raisonnée » pour alcool :années 2000 , avec ttt 2008/2009 :BACLOFENE puis NALMEFENE .

# Approches thérapeutiques

- Suivi pluri-disciplinaire médico-psycho-social.
- Thérapies systémiques, familiales, comportementales (TCC) .
- Consultations « jeunes consommateurs » pour les problèmes de cannabis et « d'alcoolisations temporaires importantes » ATI .
- ET SURTOUT actions de prévention : milieu scolaire, institutions, saisonniers ... éduquer/accompagner .

Quelque soit le produit, plus les consommations sont:

- Précoces
- Régulières
- Durables
- Solitaires
- Importantes jusqu'à l'ivresse et la « défonce »

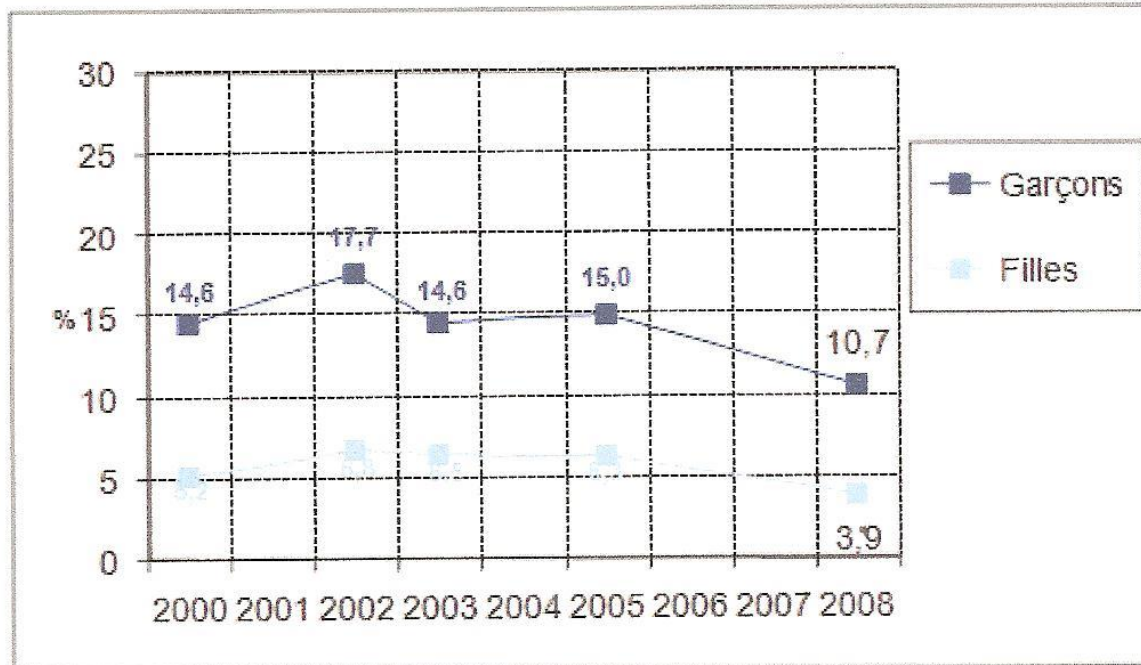
**Plus elles sont:**

- Intriquées (poly-consommateurs)
- Problématiques
- Symptomatiques d'un mal être, de difficultés personnelles, d'une pathologie mentale, d'un trouble de la personnalité.



# Épidémiologie des addictions

## Usage régulier de cannabis parmi les 17 ans Évolutions depuis 2000



%	2000	2002	2003	2005	2008
Ensemble	10,0	12,3	10,6	10,8	7,3

Sources : ESCAPAD 2000-2002-2003-2005-2008, OFDT

- hausse entre 2000 et 2002,
- usage régulier de cannabis à l'âge de 17 ans a baissé entre 2002 et 2003,
- puis stabilisé jusqu'en 2005.
- Depuis 2005, baisse importante
- en 2008, 7,3% se déclarent consommateurs réguliers de cannabis,
- soit baisse de 25% par rapport 2000.

# Le cannabis

« Pétard du soir, trou de mémoire  
Pétard du matin, poil dans la main »



# Cannabis: les niveaux de consommation

- Usage simple ou à risque: jusqu'à 10 joints/mois, ponctuel, non problématique
- Usage régulier ou nocif: au moins 10 joints par mois
- Dépendance: quotidien

# ça marche comment?

- Tétrahydrocannabinol (THC) = substance psycho-active.
- taux variables de 1 à 50 pour les produits trouvés dans le « commerce », donc des effets difficiles à prévoir.
- Effet maximal en 7 à 10 mn après inhalation.
- Se fixe sur le cerveau+++ (jusqu'à 18 mois après le dernier joint pour un gros consommateur).
- Elimination urinaire jusqu'à 21 jours après la dernière prise.

# Effets aigus du cannabis (1)

## ◉ L'ivresse cannabique:

- > Dure 3 à 8 heures et jusqu'à 24 heures pour les perturbations cognitives.
- > Sont recherchés le bien être euphorique, l'hyperesthésie sensorielle, la phase extatique, le sommeil.
- > Sentiment de ralentissement du temps et trouble de la coordination motrice
- > Tachycardie, hypotension orthostatique, démarche ébrieuse, hyperhémie conjonctivale, mydriase.

# Effets aigus du cannabis (2)

- ◉ **La « crise blanche »** connue des consommateurs
  - > Exacerbation des effets
  - > Sentiment de malaise avec pâleur (crise d'angoisse)
- ◉ **Attaque de panique (ou « bad trip »)**:
  - > Sentiment de ne plus maîtriser les effets du produit.
  - > Peut motiver l'arrêt de la consommation.
- ◉ **Syndrome de dépersonnalisation**:
  - > Peut survenir immédiatement après la prise et durer plusieurs semaines,
  - > Angoisse chronique avec sentiment d'étrangeté, de déjà-vu, troubles de concentration, troubles de mémoire, humeur dépressive....

# Troubles psychotiques et cannabis

## ○ Psychose cannabique aiguë:

- > bouffées délirantes aiguës liées à de fortes doses de cannabis.
- > Évolution favorable en 8 jours à 3 mois, spontanément ou avec neuroleptiques, à condition d'arrêter le cannabis.
- 15 à 41% des schizophrènes consomment régulièrement du cannabis.
- Ce dernier apparaît de plus en plus comme un co-facteur probable de déclenchement de la maladie, sur un terrain favorable.

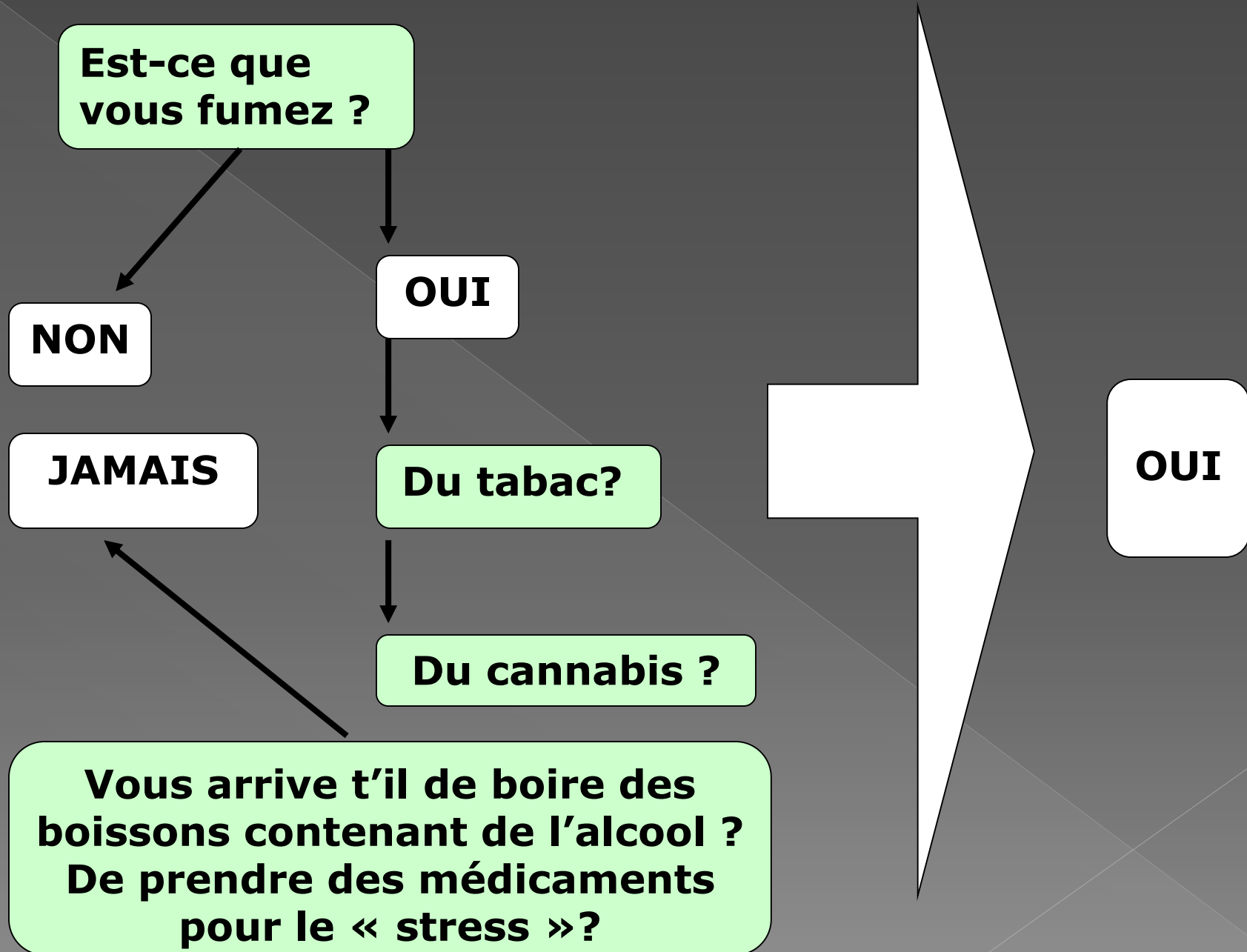


# effets chroniques du cannabis

- Troubles de la mémoire et syndrome amotivationnel
- risque relatif de cancers des voies aéro-digestives supérieures et des poumons
  - > serait 2,6 à 8,2 fois plus élevé que chez les non consommateurs
  - > et plus précoces.
- artérites seraient plus fréquentes et surtout plus précoces
- Le cannabis
  - > X2 le risque d'un accident de la route,
  - > potentialise les effets de l'alcool, des barbituriques, de la caféine et des amphétamines.



Comment  
repérer les consommations  
?



## **ADOSPA**

- 1- Êtes vous déjà monté(e) dans un véhicule (**A**uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
  
- 2- Utilisez vous de l'alcool, du cannabis ou d'autres drogues pour vous **D**étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
  
- 3-Avez vous **O**ublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou du cannabis ou d'autres drogues ?
  
- 4- Consommez vous de l'alcool, du cannabis ou d'autres drogues quand vous êtes **S**eul(e) ?
  
- 5- Avez vous déjà eu des **P**roblèmes en consommant de l'alcool, du cannabis ou d'autres drogues ?
  
- 6- Vos **A**mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de boissons alcoolisées, de cannabis ou d'autres drogues ?

**Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives**

# ADOSPA

- ◉ SCORE :1 conseil minimal
- ◉ SCORE > 2 :usage nocif probable  
:accompagner le changement

# Questionnaire d'évaluation de l'abus/dépendance au cannabis CAST

## Au cours des 12 derniers mois :

	non	oui
Avez-vous déjà fumé du cannabis <b>avant midi</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fumé du cannabis <b>lorsque vous étiez seul(e)</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des <b>problèmes de mémoire</b> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Des amis ou des membres de votre famille</b> vous ont-ils déjà dit que vous devriez <b>réduire</b> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis <b>sans y arriver</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des <b>problèmes à cause de votre consommation de cannabis</b> (dispute, incidents, mauvais résultats à l'école....) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# PEC dépendance cannabis

- Pluridisciplinaire dans cadre consultations jeunes consommateurs par exemple .
- Ttt de la comorbidité psychiatrique .
- Recherche :dérivés de la PREGNENOLONE produite par le cerveau, précurseur des stéroïdes naturels , qui bloque les récepteurs au THC et diminue ses effets (Pr PIAZZA inserm BORDEAUX)
  - > Aurait une action sur la schizophrénie également car récepteurs communs
  - > Pas d'application ttt avant 2016 :essais chez l'homme .

# Alcool : les chiffres en 2012

Prévalence : **2 millions** d'adultes

1<sup>ere</sup> substance psychoactive

Hospitalisations : **400 000**

Décès : **49 000**

# Notions EPIDEMIOLOGIQUES

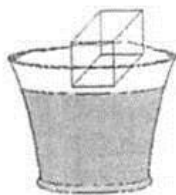
- ◉ Alcool responsable de 49 000 décès par an (surtout hommes seuls, désocialisés ), de 33 % des accidents de la voie publique (homme et femme idem )
- ◉ Addiction et suicide :
  - > Risque de TS X 3 pour cannabis régulier
  - > Alcool impliqué dans 15 à 45 % des suicides
  - > 13 à 40 % des joueurs pathologiques ont fait une TS
- ◉ Rapport INSERM 2012 .



# les équivalences



Vin  
10cl à 12°



Whisky  
2,5cl à 45°



Champagne  
10cl à 12°



Bière  
25cl à 4,5°



Apéritif  
7cl à 18°



Digestif  
2,5cl à 45°

Au bar ou au restaurant,  
toutes ces boissons contiennent  
10g d'alcool pur



3 cannettes de 33cl de  
bière ordinaire à 5°  
= 4 verres standard

1 cannette de 50cl de bière forte (8°6)  
= 4 verres standard



Au delà de cette limite:   ▶ 3 verres par jour pour les hommes  
  ▶ 2 verres par jour pour les femmes  
vous prenez des risques pour votre santé (normes OMS)

# Repères de consommation et seuils de risque OMS

Ponctuel	$\leq 4$ verres
Régulier homme	$\leq 21$ verres
Régulier femme	$\leq 14$ verres
Au moins	1 jour abstinence par semaine
Projet d'enfant ou enceinte	zéro

# Dépendances psychiques et physiques



# FACE

## Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score				
<b>1</b> A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/> 1	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> 2	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/> 4	
<b>2</b> Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/> 0	trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1	cinq ou six <input type="checkbox"/> 2	sept à neuf <input type="checkbox"/> 3	dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
<b>3</b> Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non <input type="checkbox"/> 0				oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>4</b> Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non <input type="checkbox"/> 0				oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>5</b> Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non <input type="checkbox"/> 0				oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>TOTAL</b>					

### Interprétation :

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

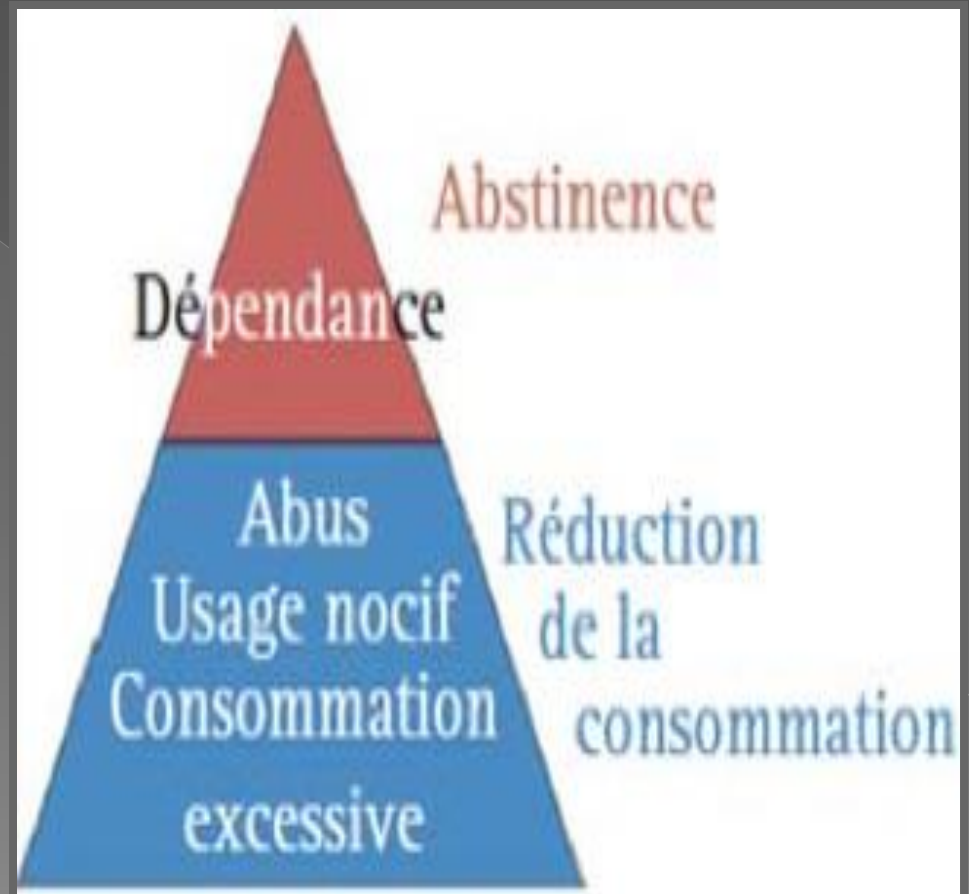
- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.
- Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

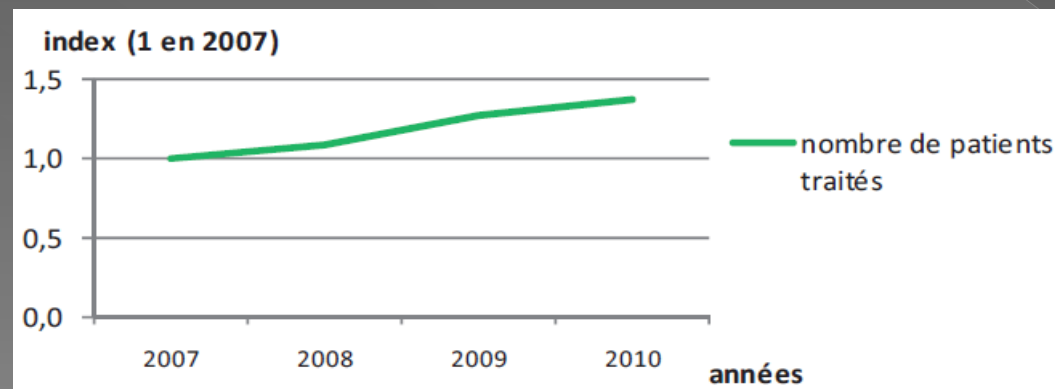
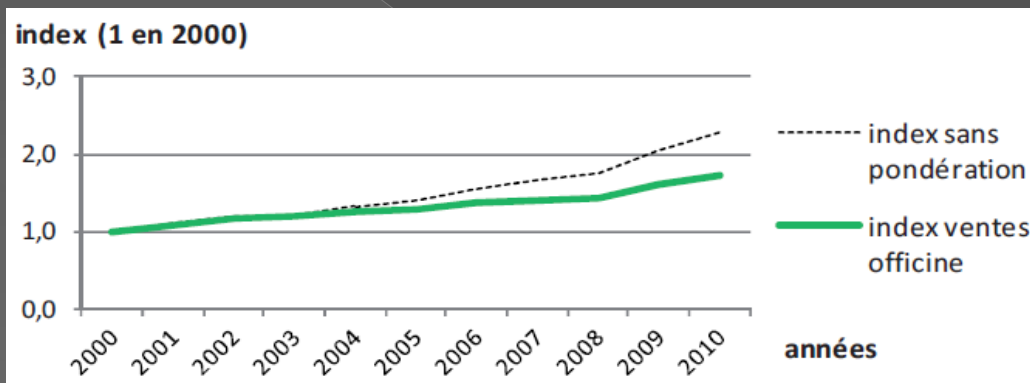
# Fin du dogme de l'abstinence

Opiacés : années 1990

Alcool : années 2000



# 2008 : Parution du livre d'Olivier Ameisen concernant le BACLOFENE impact chez patients et soignants



Dr Olivier Ameisen  
**LE DERNIER VERRE**

«Alors que j'avais sombré dans l'alcool, un médicament m'a libéré de l'envie compulsive de boire... Ce livre raconte ma maladie et ma guérison.»

DENOËL



# Indications du BACLOFENE changement de paradigme

Chez les patients alcoolo-dépendants **après échec des autres thérapeutiques** disponibles : 2 indications

1. **Aide au maintien de l'abstinence** après sevrage chez des patients dépendants à l'alcool
2. **Réduction majeure de la consommation d'alcool** jusqu'au niveau faible de consommation tel que définie par l'OMS chez des patients alcoolo-dépendants à haut risque.

# Patient(e)s concerné(e)s

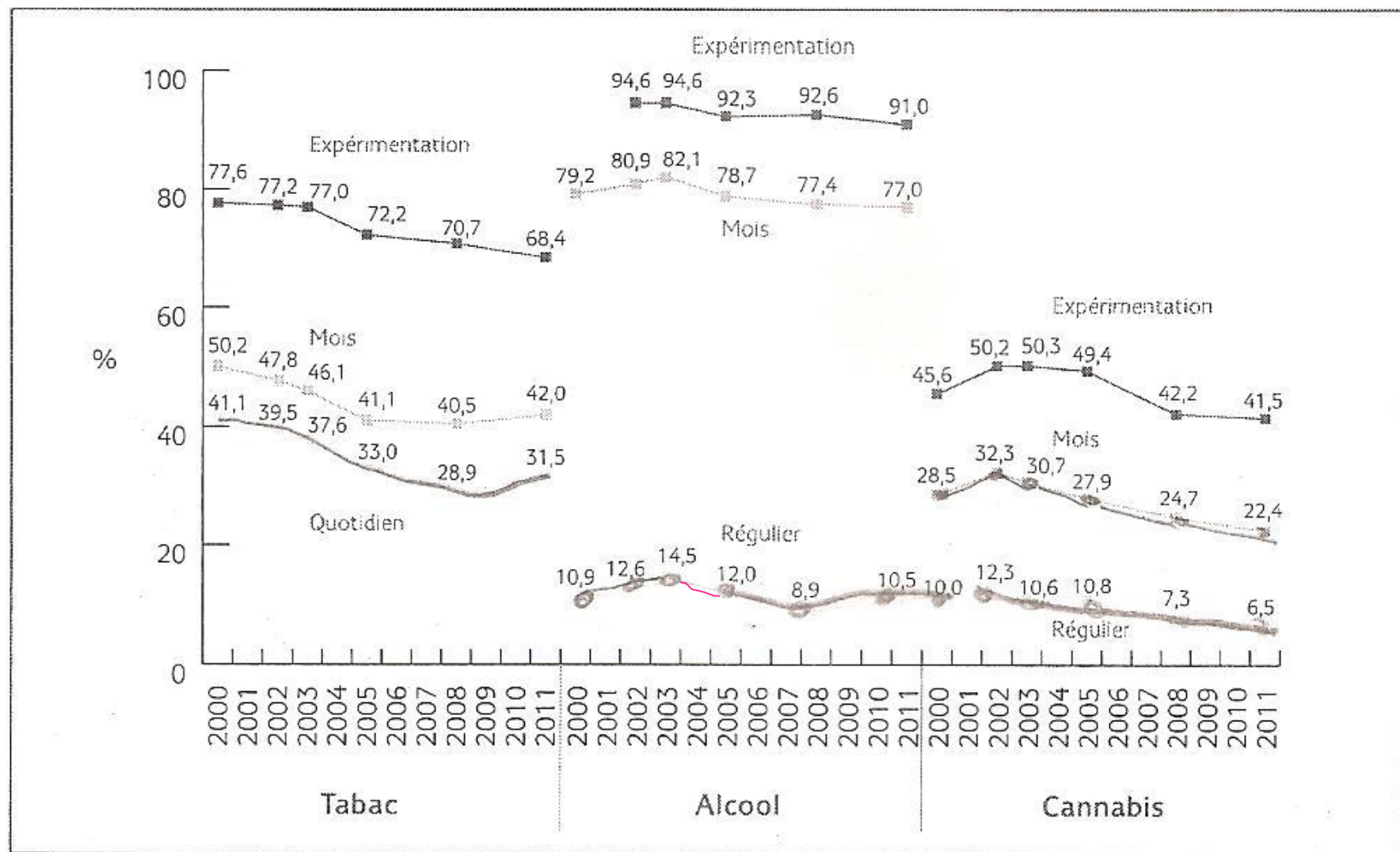
- Patients >18ans
- Consommation d'alcool à haut risque
- Situation d'échec thérapeutique avec les médicaments autorisés en France (Esperal, Revia, Aotal, Selincro )
- Contraception efficace pour les femmes susceptibles de procréer



# Contre-indications

- × **Troubles psychiatriques graves**
- × **Insuffisance rénale ou hépatique sévère**
- × **convulsions**
  
- × **Aucun autre médicament d'aide au maintien de l'abstinence ou à la réduction de la consommation d'alcool** ne devra être consommé simultanément à la prise de baclofène

**Figure 1 - Évolutions entre 2000 et 2011 des niveaux d'usage du tabac, des boissons alcoolisées et du cannabis à 17 ans, en métropole (en %)**



# Tabac

- ◉ Responsable de 70 000 DC / an en France
- ◉ Questionnaire FAGERSTROM
- ◉ PEC par patchs nicotiques ,gommes à mâcher
- ◉ Si échec CHAMPIX ®
- ◉ Intérêt de « vapoteuse » ou « i-cigarette » pour consommation à moindre risque ; attention à éviter la primo-dépendance notamment comportementale chez certains jeunes .