Colloque Addictologie 360

Faits marquants 2017 et enjeux 2018

Hôtel InterContinental Marceau
29 mars 2018

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE
(Clermont-Ferrand)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CLERMONT FERRAND

CIRCEA
Centre Interdisciplinaire de Recherche Coordination des Soins et Enseignement en Addictologie

gbrousse@chu-clermontferrand.fr

08

Pr Georges BROUSSE
(Clermont-Ferrand)

Déclaration de liens d'intérêts

Aucun conflit d' intérêt	
Intérêts financiers dans une entreprise	
Propriétaire, dirigeant, employé, participation à un organe décisionnel d'une entreprise	
Autres activités régulières dans une entreprise	
Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude	
Interventions ponctuelles : rapports d'expertise	*Lundbeck, Merck Serono, Eutherapie, BMS, Astra Zeneca, Indivior*
Interventions ponctuelles : activités de conseil	*Lundbeck, Indivior*
Conférences : invitations en qualité d'intervenant	*Bouchara Recordati, Lundbeck, Indivior*
Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)	*Bouchara Recordati, Lundbeck, Merck Serono, Eutherapie, BMS, Astra Zeneca, Indivior*
Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable	
Autres (à préciser)	

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Définition

Comorbidité ou « Dual diagnosis »: combinaison d'une pathologie psychiatrique (Axe I et II du DSMIV, DSM5) et un TLU substance psychoactive: requérant une combinaison de soins: psychiatriques + addictologiques [1,2]

[1] *Buckley (2006)*, [2] *Horsfall et al (2009)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Etiologie de cette comorbidité [1,2]

- L'association **est fortuite**
- L'Addiction (alcool) est **à l'origine** de la pathologie psychiatrique (secondaire)
- L'Addiction (alcool) est un **symptôme** de la pathologie mentale (primaire)
- L'Addiction (alcool) est un moyen pour le patient de lutter contre les symptômes de la maladie **automédication: auto soulagement**
- Addiction (alcool) et Pathologie mentale expriment un facteur de risque **génétique commun** sous jacent.

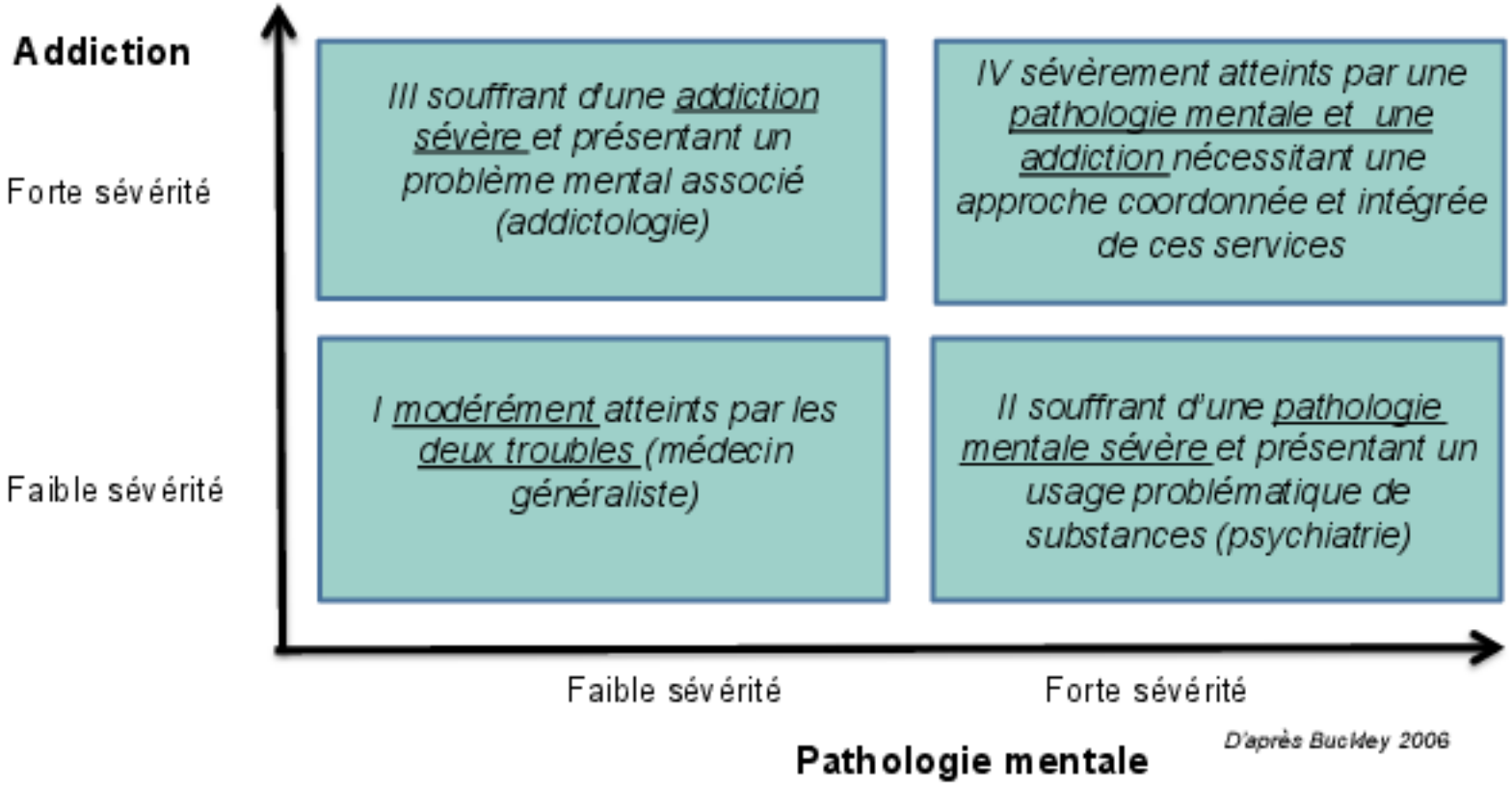
[1]*Gorwood et al (2008);* [2]*Strakowski and Del Bello (2000)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les lieux de soins



[1] *Buckley (2006)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les pathologies

Epidémiologie

Fréquence élevée: *mieux dépistés/évalués?*

- 3,2% de la population Américaine[1]
- Patients souffrant de troubles mentaux prévalence élevée (vie entière) de l'abus ou dépendance à des substances (20 à 30%) [2]
- Patients Substance Use Disorders: 40 à 50 % de troubles mentaux (OR: 4,5 de présenter un trouble psychiatrique)[3]
- Les populations précaires (SDF, prison) seraient plus touchées[1]
- Plus grande prévalence en population hospitalière[1]
- Pour les populations toxicomanes opiacés prévalence variable mais élevée
  - Trouble de l'humeur: 70%
  - Troubles anxieux/PTSD: 30%
  - TDAH: 25%

Présence de pathologies mentales chez des patients toxicomanes: revue de la littérature[4]

Bipolar Disorder	55%
Anxiety Disorder	52%
Depressive Disorder	46%
Posttraumatic Stress Disorder	42%
Borderline PD*	41%
Anti Social PD	51%
Histrionic PD	38%
Passive Aggressive PD	28%
Atypical Depression	12%
Psychotic Disorder	11%
Manic Disorder	0.1%

*PD = Personality Disorder.

[1] *National Survey on Drug Use and Health (2013)*, [2] *Brown et al (2001)*; [3] *Regier et al (1990)* ; [4] *Tenore, (2008)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les pathologies

- Conséquences de ces comorbidités

	Co-occurring psychiatric disorder		
	Yes (180)	No (180)	*p*
Any drug dependence diagnosis, excluding opioids, %			
Lifetime	52.2	29.4	0.001
Past year	23.9	8.9	0.001
Alcohol dependence diagnosis, %			
Lifetime	36.1	19.4	0.001
Past year	6.7	2.2	0.041
Opioid craving score, mean, SD	8.3, 2.0	7.6, 2.3	0.002
Nicotine dependence score, mean, SD	3.8, 2.9	3.1, 2.8	0.038
Addiction Severity Index composite scores, mean, SD			
Alcohol (338)	0.05, 0.10	0.05, 0.08	ns
Drug	0.35, 0.07	0.32, 0.07	0.001
Legal (337)	0.06, 0.14	0.05, 0.13	ns
Medical (355)	0.26, 0.20	0.16, 0.28	0.004
Psychiatric (352)	0.25, 0.20	0.07, 0.13	0.001
Family/social (325)	0.20, 0.23	0.11, 0.17	0.001
Employment (355)	0.42, 0.29	0.35, 0.28	0.029
Chronic pain, %	45.6	37.2	ns
Beck Depression Inventory, mean, SD	27.3, 11.9	18.9, 10.5	0.001
Quality of Life score, mean, SD			
Physical	47.5, 10.3	49.7, 9.7	0.040
Mental	33.5, 12.8	42.0, 11.0	0.001
Lifetime abuse, %			
Physical	39.4	18.9	0.001
Sexual	28.9	10.6	0.001

360 patients opiacés dépendants: Différence entre Dual Diagnosis vs non DD

Troubles psychiatriques et addictions aux opiacés: + de conséquences négatives!

[1] *Griffin (2014)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les pathologies

Pathologie duelles: « double peine »

- **Complexes à prendre en charge**
  - Les addictions débutent tôt dans la maladie mentale et modifient profondément son expression ainsi que le rapport du patient au système de soin [1,2]

- **Problèmes majeurs**[3]
  - Fréquentes **polyconsommations**
  - Les symptômes de la pathologie mentale sont plus sévères et exacerbés
  - Les rechutes sont plus fréquentes
  - Les hospitalisations sont plus fréquentes
  - L'évolution de la maladie est péjorative par rapport aux patients souffrant de l'un ou l'autre des troubles, coût sanitaire, stigmatisation
  - **Fréquence élevée de suicides**[4]
  - Fréquence plus élevée de **comorbidités somatiques**
  - Fréquence élevée de violence et d'incarcération, d'exclusion sociale et de marginalisation en particulier pour schizophrénie

[1] Berkson (1949); [2] Bellack et al (2006) ; [3] Dixon (1999); [3] Bennett et Barnett (2003); [4] Harris et Barraclough (1997), Wilcox, (2004)

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

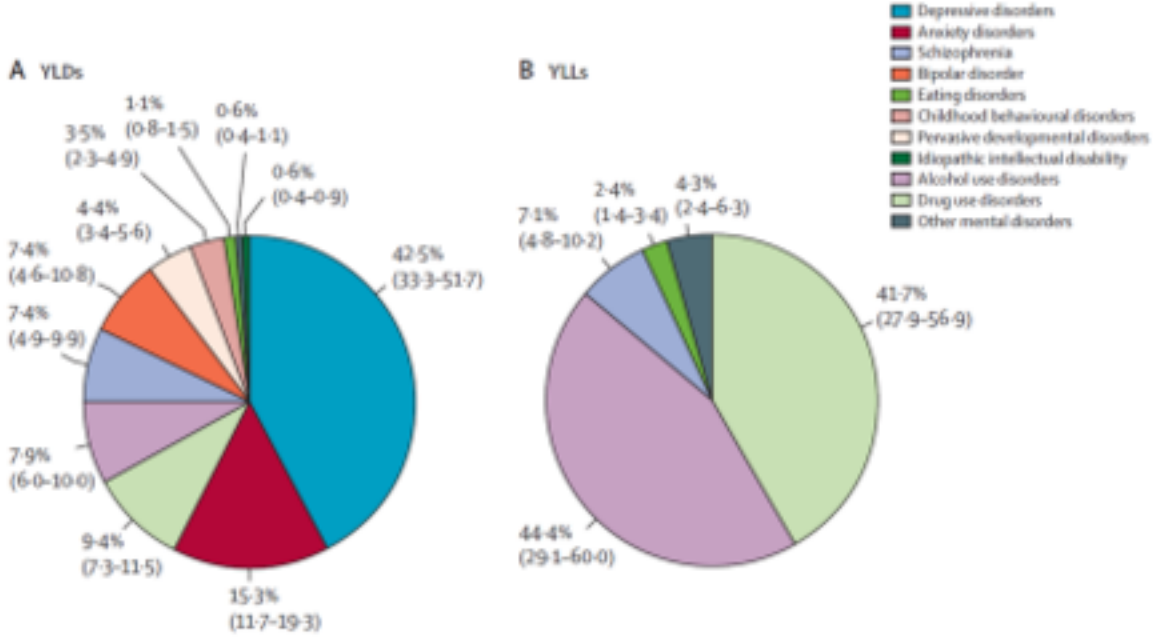
Les pathologies

- Pathologie duelles: « double peine »

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 années vécues avec un handicap

les années de vie perdues

[1] *Berkson (1949);* [2] *Bellack et al (2006) ;* [3] *Dixon (1999);* [3] *Bennett et Barnett (2003);* [4] *Harris et Barraclough (1997), Wilcox, (2004)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les pathologies

- Pathologie duelles: au-delà des diagnostics

Spectre bipolaire

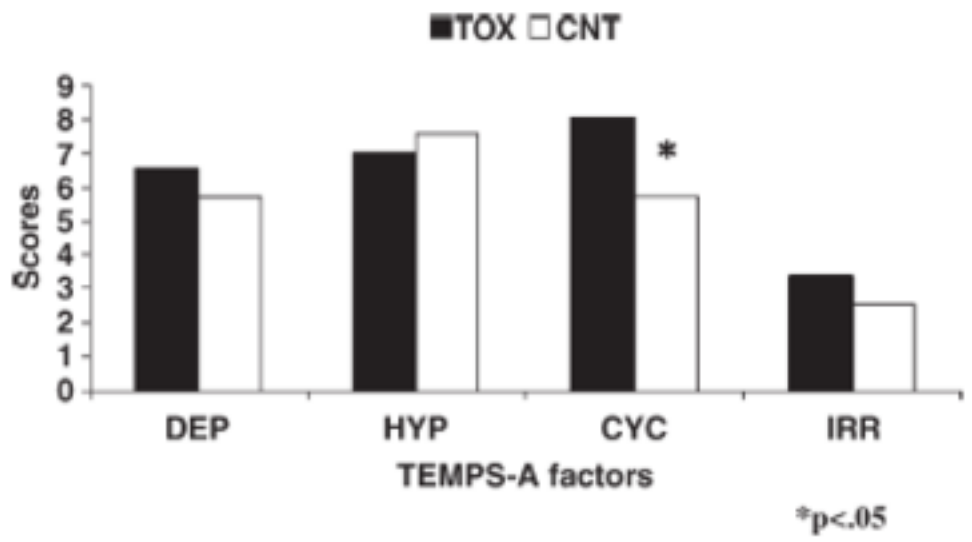


Fig. 1. Comparison between 36 heroin addicts (TOX) and 41 controls (CNT) recruited from the same environment, along the TEMPS-A (updated from Maremmani et al., 2003).

[1] *Maremmani et al (2006)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les Thérapeutiques

- Les enjeux et défis du diagnostics et du traitement

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Treatments for Alcohol dependence: Rethinking the Role of Comorbidity and Clinical Subtypes[1]

- Comorbidités connues depuis longtemps mais peu/pas de guides thérapeutiques
-Il faut traiter: associer les chimiothérapies et les psychothérapies

•Nécessite[2]

- Faire Le diagnostic des troubles
- Adhésion aux soins
- Efficacité des traitements

- **Alors que**[3]
  - Diagnostic trop rare/ tardif
  - Faible adhésion des patients aux traitements, motivation très instable
  - Efficacité: peu d'études contrôlées pharmacologie

[1]*Pathkar (2000)*, [2]*Appleby et al (1997)*, [3]*Barrowclough et al (2006)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les pathologies

Les recommandations[1,2,3]

- Peu de recommandations (plutôt pour alcool)
- Dans tous les cas réduire (RDR) ou arrêter la consommation d'opiacés
- Maitriser les comorbidités addictives: alcool, THC
- Substitution: Chlorhydrate de Méthadone, Buprenorphine HD
- Peu d'efficacité des traitements psychotropes sur addiction si absence de trouble psychiatrique sauf antiépileptique sur craving (?)
- Identifier les troubles +++
- Troubles de l'humeur:
  - SSRI (mieux tolérés) + TCC
  - Thymoregulateur: LI+ (difficile), valproate
- Troubles anxieux
  - SSRI + psychothérapies « ciblées » (TCC, EMDR ...)
- Troubles psychotiques
  - Préférer seconde génération antipsychotiques
  - Pas d'arguments pour en choisir un en particulier (aripiprazole?, clozapine...)

[1] *Soyka (2011), 2 CANMAT (2012),* [2] *Dematteis et al (2017)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les pathologies

- Les recommandations[1,2,3]

Taylor & Francis

Expert Opinion on Pharmacotherapy

ISSN: 1465 6566 (Print) 1744 7666 (Online) Journal homepage: http://www.tandfonline.com/loi/eeup20

Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus

Maurice Dematteis, Marc Auriacombe, Oscar D'Agnone, Lorenzo Somaini, Néstor Szerman, Richard Littlewood, Farrukh Alam, Hannu Alho, Amine Benyamina, Julio Bobes, Jean Pierre Daulouede, Claudio Leonardi, Icro Maremmani, Marta Torrens, Stephan Walcher & Michael Soyka

[1] *Soyka (2011), 2 CANMAT (2012),* [2] *Dematteis et al (2017)*

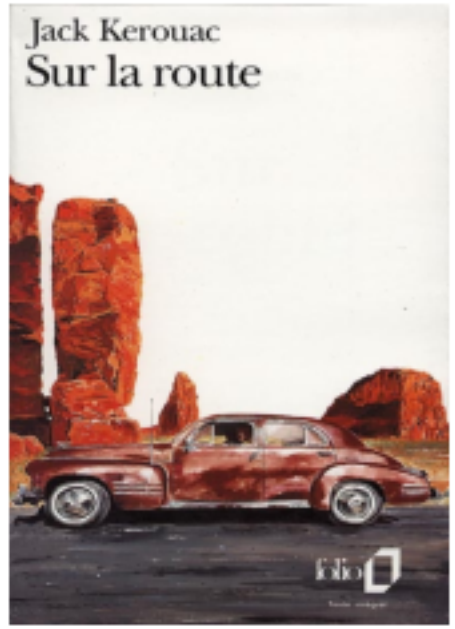
08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les difficultés du diagnostic : Intérêt et limite de l'approche catégorielle

- Pas de culture des pathologies duelles



"cette nuit là, à Harrisburgh, il me fallu dormir sur un banc de la gare; à l'aube, les employés me jetèrent dehors. N'est il pas vrai qu'au début de la vie on est un petit enfant sage qui croit tout à tout ce qui se présente sous le toit paternel? Puis vient le jour Laodicéen où l'on sait qu'on est pauvre et misérable et malheureux et aveugle et nu, et, avec le visage macabre et désolé d'un spectre, on traverse en frissonnant une vie de cauchemar" (J Kerouac, Sur la Route)

Le lien entre addiction et souffrance psychique est bien identifié mais rarement comme une association de deux entités morbides précises

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les difficultés du diagnostic : Intérêt et limite de l'approche catégorielle

Absence de raisonnements duels

- **Les raisonnements cliniques et ethio-pathogéniques** classiques **supposent un ordre agencé des troubles** (ex alcool donne dépression): causalité
  - **Notion primaire/secondaire** : Importance de la temporalité des troubles, restrictif du fait des difficultés d'identification des formes primaires
  - **Les notions de Pharmaco psychose, Pharmaco thymie** supposent un trouble/symptôme **induit et transitoire** (Synchronique) incompatible avec un **ETAT durable** (Diachronique)
- **Pas de place pour un trouble duel à etiopathogenie expression et évolution propre**

08

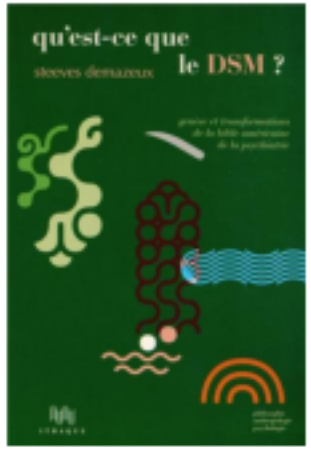
Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les difficultés du diagnostic : Intérêt et limite de l'approche catégorielle

- Athéorique ?

- **DSM[1] : Independence des facteurs causaux?**
  - Exclusion de mésusages de substances pour conclure à un trouble mental: ce qui suppose qu'il est impossible de faire de diagnostic de trouble mental si mésusages de substances…
  - Possibilité si on arrive à distinguer des périodes indépendantes l'une de l'autre
  - Évolution du dsm5 : trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance



☐ Critères d'un Épisode dépressif majeur *(suite)*

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères (l'Épisode mixte (voir p. 421).

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans (l'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

[1] *APA (1980, 1987,1994)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les difficultés du diagnostic : Intérêt et limite de l'approche catégorielle

- Juxtaposition vs co-influence

  - **DSM**[1] : La juxtaposition des troubles ou des entités cliniques les unes à coté des autres sans supposer une influence réciproque et une modification de leur expression est elle cliniquement valide?

Schizophrenia Bulletin vol. 33 no. 1 pp. 108–112, 2007
doi:10.1093/schbul/sbl054
Advance Access publication on December 7, 2006

DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences

Pluralitas non est ponenda sine necessitate

« Les multiples ne doivent pas être utilisés sans nécessité. »

[1]*APA (1980, 1987,1994);* [2]*Andreasen (2007)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les difficultés du diagnostic : Intérêt et limite de l'approche catégorielle

Changer de paradigme 1+1=?

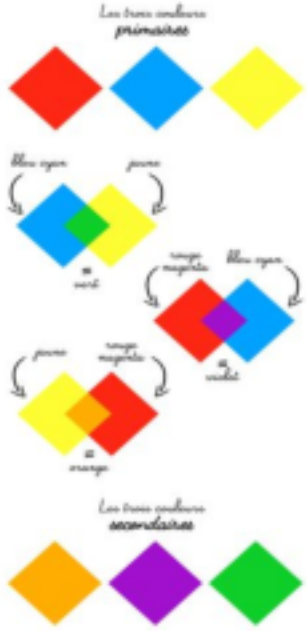
08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Les difficultés du diagnostic : Intérêt et limite de l'approche catégorielle

- Une nouvelle clinique: dimensionnelle et interactive



➢ <u>Dimensionnelle</u>

- Expression psychopathologique singulière[1]
- Mais tenir compte du «raisonnement catégoriel »
- Etudes épidémiologiques nécessaires

➢ <u>Interactive</u>

- Envisager la maladie duelle selon différents niveaux d'évolution modifiant les parcours et expression des deux troubles

[1].Maremmani (2011); [2]Mc Gorry (2010) , [3]Cosci et Fava (2012)

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

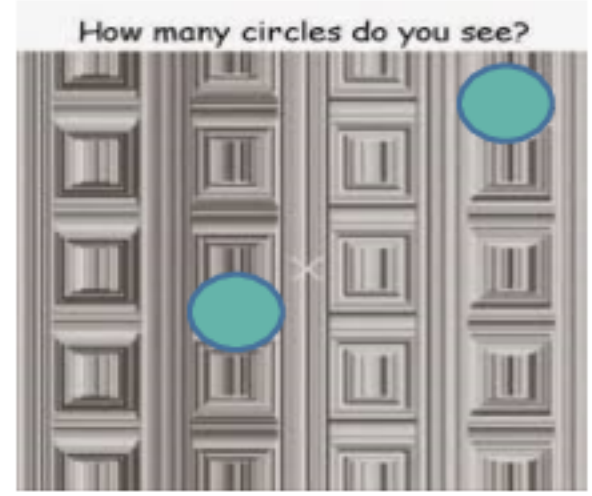
Duals disorders : des indices pour les dépister

- Favoriser un repérage dimensionnel des troubles psychiatriques

- **Symptômes masqués par la prise de(s) substances ou le(s) sevrages**
- **Formes cliniques « peu parlantes »,** frustres , « Provisional/ Provisoire » au sens du DSM5 : ex concept de *Psychose blanche*

- **Atteintes dimensionnelles fréquentes**[1]
  - Désocialisation du toxicomane
  - N'atteignant pas les critères diagnostiques des troubles
  - Fluctuant avec « *l'état addictif* »

Comment les évaluer?



[1] *Cosci et Fava, (2011)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Duals disorders : des indices pour les dépister

Repérer des indices de comorbidités

- **Etude rétrospective explorant l'occurence des troubles**[1]
  - 1090 patients suivis pour dépendance aux opiacés

574 (52%) DD

- âge moyen 30
- Psychose 16%
- Dépression 45%
- BP 26%
- Trouble anxieux : 13%

- **DD** *vs* Non DD
  - Dépendants depuis moins longtemps
  - Installation rapide de l'addiction; polyaddiction
  - Recherche un TTT précocement
  - Difficulté à // héroïne
  - Plus difficiles à stabiliser

Dans 2/3 des cas l'addiction précède le trouble psychiatrique!!!

- **Les addictions débutent tôt dans la maladie mentale et *modifient profondément son expression* ainsi que le rapport du patient au système de soin**[2]
- **Difficile à dépister**

[1] *Maremmani (2011), Berkson (1949)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

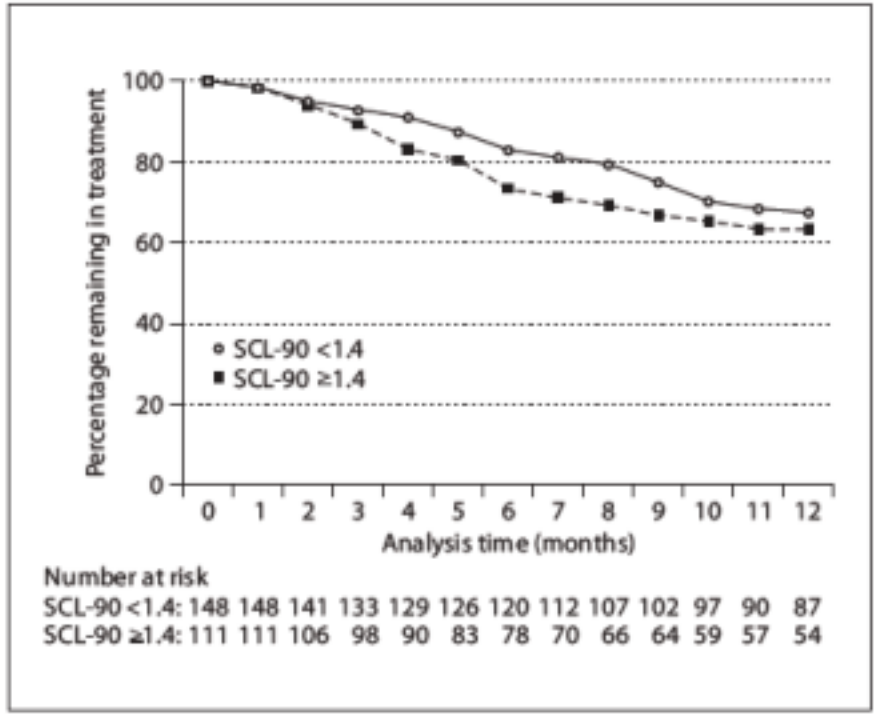
Duals disorders : des indices pour les dépister

- Effets des symptômes psychiatriques sur le traitement TSO

Effect of Psychiatric Severity on the Outcome of Methadone Maintenance Treatment

Pier Paolo Pani[a, b] Icro Maremmani[c, d, f] Matteo Pacini[d] Francesco Lamanna[c] Angelo G.I. Maremmani[c] Liliana dell'Osso[c]

- Etude rétrospective 292 sujets Pise
- Les symptômes de la pathologie mentale n'altèrent pas la prise en charge thérapeutique



[1] *Pani et al (2011)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Co-mobidités psychiatriques associées à des fortes posologies de méthadone (>100 mg/j) : analyse rétrospective d'une cohorte de patients traités*

78 sujets DD sous méthadone: Troubles psychiatriques associés à augmentation de méthadone[1]

- Nécessité de doses plus importante de méthadone pour patients comorbides
- Les patients comorbides quittent plus facilement le programmes de soins au début
- Lorsqu'ils sont stabilisés ils quittent plus tardivement les programmes et ont un pronostic équivalent aux non comorbides

Revue de la littérature[2]

	Groupe posologie	N	Moyenne ±écart type	Médiane [Q_{25}-Q_{75}]	*p*
Methadonémie (ng/mL)	⩽ 130 mg/j	18	636 ± 997	366 [256-528]	0,135
	> 130 mg/j	25	714 ± 484	724 [267-1081]	
EDDP (ng/mL)	⩽ 130 mg/j	18	58 ± 78	34 [19-63]	0,048
	> 130 mg/j	25	77 ± 53	67 [35-98]	

TABLE 1. Selected Studies Demonstrating the Need for Higher Methadone Doses in Dually Diagnosed Patients

Author	Year	DD† dosage – SD†† dosage	n
Treece[82]	1980	87.4 mg – 35.7 mg	31
Maremanni[52]	1993	0.60 mg – 30 mg	17
Pani[53]	1997	34 mg – 31 mg	46
Tenore[79]	2000	110 mg – 91 mg	160
Maremanni[72]	2000	154 mg – 99 mg	90
Bleich[83]	2002	145 mg – 90 mg	107
Pani[51]	2003	70 mg – 40 mg	78
Matteo[80]	2005	PB mg – PB mg + 45 mg	114
Trafton[78]	2006	82 mg – 69 mg	222
Peles[68]	2006	>120 mg – <120 mg	90
Tenore[84]	2007	149 mg – 99 mg	276

†DD = Dual Diagnosis patients.
††SD = Single Diagnosis patients.

[1] *Eiden et coll, (2012)*, [2] *Maremani (2006)*

08

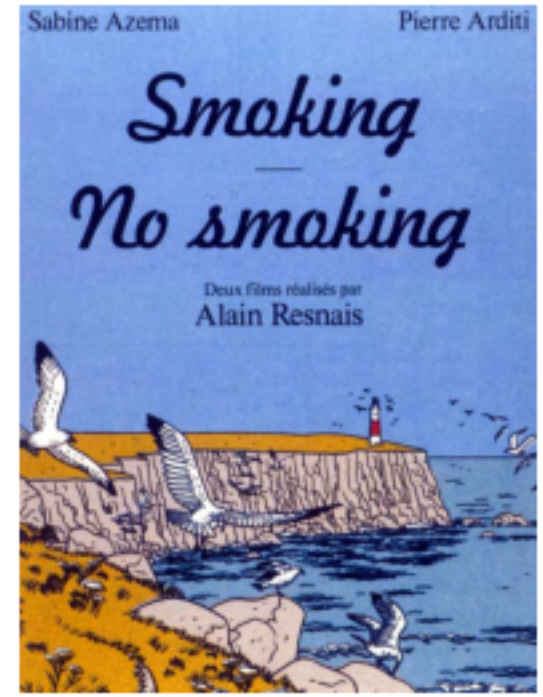
Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Duals disorders : des indices pour les dépister

- Critères en faveurs d'un pathologie duelle[1]

  - Antécédents familiaux
  - Biographie: Plus de conséquences négatives liées à histoire addictive
  - Anamnèse: l'adolescence
  - Autosoulagement
  - Installation rapide
  - Sujets jeunes pathologies marquées
  - Fluctuations dans l'accès au soins
  - Poly usages
  - Stabilisation difficile au départ, rétention et stabilité ensuite
  - Posologies plus élevées de TSO
  - Regard clinique



[1] *Maremani (2011)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Duals disorders : des indices pour les dépister

- Le dépistage, le diagnostic et l'évaluation des comorbidités

Quels Outils ?

- Pas au « jugé »….La clinique!

- Catégoriels: OUI ou NON?

- Dimensionnels?
  - Gravité du Trouble
  - Dimensions

- Utiliser des outils existants en population générale ?
- Les adapter
- En construire de nouveaux DDSI, PRISM
- Hétéro évaluation ?
- Auto évaluation ?

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

TSO et pathologies mentales

Effet d'un traitement par méthadone Amélioration significative des symptômes psychiatrique sur un an pour les patients les plus sévères[1]

Table 2. Baseline-endpoint changes in SCL-90 scores

	Low severity group (n = 105)		High severity group (n = 78)		ANCOVA F		Paired Student's t	
	baseline mean ± SD	endpoint mean ± SD	baseline mean ± SD	endpoint mean ± SD	time	group-time	low severity	high severity
Total	0.37 ± 0.25	0.36 ± 0.43	1.47 ± 0.51	0.89 ± 0.62	43.47[c]	38.24[c]	0.36[d]	8.25[c]
Anxiety	0.31 ± 0.27	0.32 ± 0.47	1.40 ± 0.62	0.84 ± 0.66	25.18[c]	28.42[c]	0.28[d]	6.40[c]
Anger hostility	0.32 ± 0.33	0.33 ± 0.57	1.20 ± 0.71	0.79 ± 0.72	12.24[a]	12.24[c]	–0.13[d]	4.30[c]
Phobic anxiety	0.08 ± 0.17	0.12 ± 0.38	0.72 ± 0.63	0.47 ± 0.62	7.12[b]	13.55[c]	–0.93[d]	3.88[c]
Paranoid ideation	0.39 ± 0.35	0.40 ± 0.50	1.38 ± 0.72	0.92 ± 0.68	15.41[c]	18.96[c]	–0.32[d]	5.18[c]
Psychoticism	0.23 ± 0.30	0.30 ± 0.48	1.16 ± 0.68	0.74 ± 0.60	16.97[c]	31.60[c]	–1.57[d]	6.00[c]
Somatization	0.48 ± 0.39	0.41 ± 0.48	1.77 ± 0.77	1.07 ± 0.74	44.69[c]	31.46[c]	1.30[d]	7.37[c]
Obsessions-compulsions	0.39 ± 0.34	0.37 ± 0.51	1.62 ± 0.72	1.03 ± 0.76	29.19[c]	24.99[c]	0.39[d]	6.65[c]
Interpersonal sensitivity	0.28 ± 0.32	0.29 ± 0.40	1.37 ± 0.75	0.85 ± 0.75	31.61[c]	31.98[c]	–0.15[d]	6.85[c]
Depression	0.43 ± 0.37	0.42 ± 0.53	1.79 ± 0.64	1.13 ± 0.79	32.81[c]	28.55[c]	0.20[d]	6.92[c]

[a] $p < 0.005$; [b] $p < 0.001$; [c] $p < 0.0001$; [d] p = N.S.

[1] *Pani et al (2011)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

TSO et pathologies mentales

Place des TSO dans les duals disoders/humeur

- **Utilité dans Antiquité /Cure d'opium /dépression 19eme**
  - Anti dysphorique, Anxiolytique

- **Des observations cliniques vont dans le sens de l'efficacité de la méthadone pour traiter les troubles de l'humeur**[1]
  - Effet sur μ (impliqué physiopathologie dépression / suicide)
  - Blocage recapture catécholamines (5HT),
  - Anti NMDA,
  - Relation dose (c°plasmatique)/ effet antidépresseur

- **Des observations cliniques vont dans le sens de l'efficacité de la buprenorphine pour traiter les troubles de l'humeur**
  - Efficacité antidépressive de l'antagonisme kappa
  - Buprenorpine efficace dans dépression (11 études) et dépressions résistantes chez patients DD ou non

[1] *Lalanne et al (2016)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

TSO et pathologies mentales

Place des TSO dans les duals disoders/troubles psychotiques

- **Arguments pour intérêt des TSO dans traitements troubles psychotiques**[1,2,3]
  - Action anti dopaminergique de la METH (interfère avec action post synaptique de la DOPA)
  - NLP et TSO bloquent adenylate cyclase
  - Intérêt de la méthadone dans stabilisation des schizophrénies résistantes (en particulier agressive et dyskinésies +)
  - Une étude ADD ON METH + NLP schizophrénie résistante: 7 sujets effets significatif

TABLE 1. Behavioral Ratings of Chronic Paranoid Schizophrenic Patients Taking Neuroleptics in crossover Study of Adjunctive Treatment With Methadone and Placebo[a]

			BPRS Ratings				
			Baseline Score		Percent Change[b]		
					End of Week 3[c]		
Patient	Maximum Methadone Dose (mg/day)	CGI Rating After Methadone	Before Methadone	Before Placebo	Methadone	Placebo	Maximum During Methadone
1	25	Very much improved	60	53	−48.3	11.7	−48.3
2	40	Very much improved	79		−16.5		−38.0
3	25	Very much improved	77		−36.4		−36.4
4	25	Minimally improved	69	57	−27.5	35.1	−39.1
5	25	Much improved	65	57	−26.2	12.3	−26.2
6	20	Minimally improved	67		−17.9		−17.9
7	25	Minimally improved	68	59	16.2	15.3	−16.2

[a]The three patients who received methadone plus neuroleptic first did not cross over to placebo plus neuroleptic.
[b]Negative sign indicates decrease in BPRS score.
[c]Patient 3 was rated after only 9 days of methadone treatment.

Opiate Dependence in Schizophrenia: Case Presentation and Literature Review

Audrey M. Kern, MD[1,2] Sarah C. Akerman, MD,[1] and Benjamin R. Nordstrom, MD, PhD[1]

[1]Kern et al (2014), [2]Lalanne et al (2016), [3]Brizer (1985)

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

TSO et pathologies mentales

- Psychiatre/addictologues: duo ou duel ?
  - Traitements Séquentiels
    - Le traitement de l'un et l'autre trouble est réalisé à un temps donné puis le patient est adressé vers l'autre service pour le traitement du trouble comorbide
  - Traitements Parallèles
    - Les deux troubles sont traités simultanément ce qui suppose une coopération entre les intervenants et une continuité dans la prise en charge
  - Les traitements intégrés
    - Supposent l'intervention concomitante d'équipes et de thérapeutiques multi disciplinaires
    - Pas simplement l'addition de deux interventions ciblées simultanées
    - Nécessitent un ajustement des interventions prenant en compte l'influence réciproque des comorbidités

[1] *Donald (2005)*

08

Dual Disorders chez les usagers de drogues

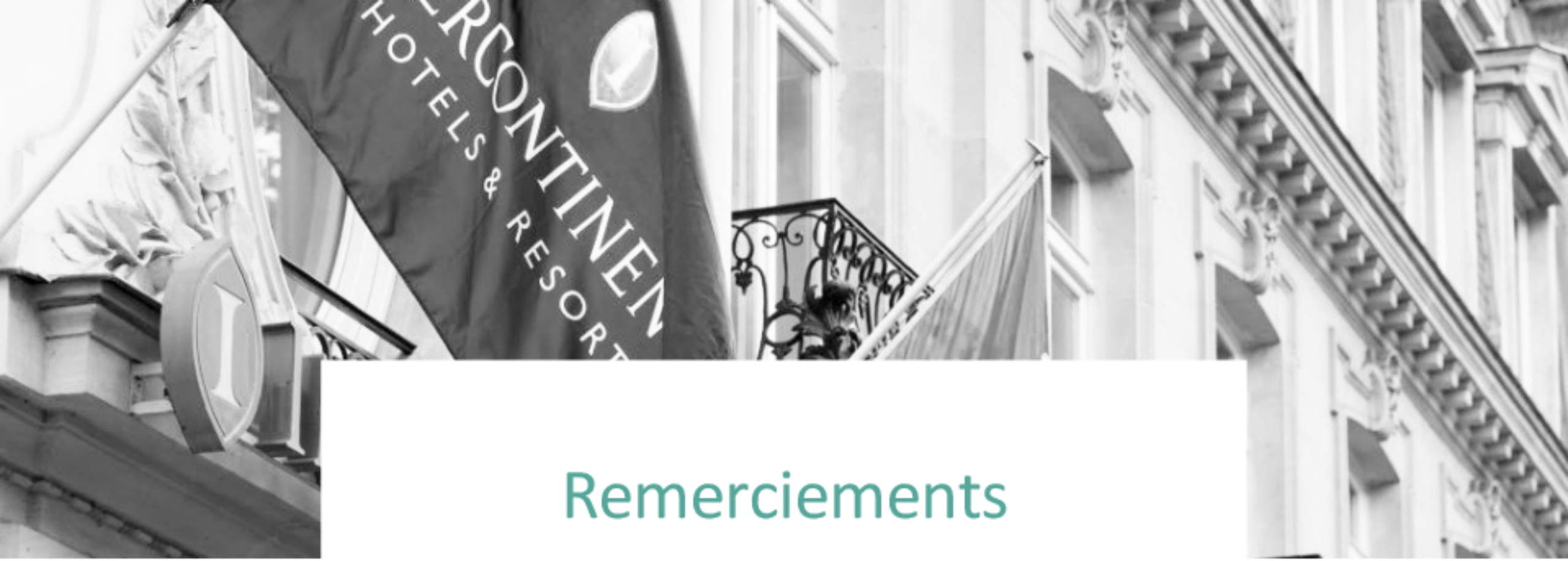
Pr Georges BROUSSE (Clermont-Ferrand)

Conclusion[1]

Les pathologies duelles opiacés / pathologies mentale

1. Fréquence élevée de cette association
2. Les associations Co-morbides sont plus fréquentes dans les populations précaires et marginalisées
3. Les pathologies duelles aggravent le pronostic et la qualité de vie
4. Les patients dual disorders sont plus jeunes et plus vite dépendants
5. L'entrée dans les pathologies duelles se fait par l' addiction aux opiacés dans deux tiers des cas
6. La rétention dans les soins des patients duals disorders est plus difficile en début de traitement et lorsqu' ils sont stabilisés ils restent plus longtemps dans les systèmes de soins
7. Le dépistage de la pathologie psychiatrique duelle peut requérir l'utilisation d'échelles spécifiques ou générales
8. L'âge (jeune), l'isolement, l'entrée précoce et oscillante dans le système de soins, des dimensions psychopathologiques marquées s'imposant au sujet (egodystones) et une rupture à l'environnement sont des signes d'orientation vers une clinique spécifique (nouvelle clinique) des pathologies duelles
9. Les patients duals disorders doivent être traités pour leur trouble psychiatrique (traitement psychotrope) et leur addiction (traitement de substitution)
10. Les traitements de substitution doivent être conduits à des posologies plus élevées que pour les pathologies addictives isolées
11. Les addictions comorbides doivent être traitées
12. Les traitements sont séquentiels intégrés ou parallèles (le plus souvent) ils reposent sur des logiques de collaboration et d'échanges

[1] *Brousse et Benyamina (2018)*



Remerciements

Nous souhaitons remercier l'ensemble des experts scientifiques pour leur participation au colloque