



Formation de base à l'accompagnement des usagers de drogues

Module 4 :

**Les pathologies psychiatriques associées à
l'usage de drogues**





Les pathologies psychiatriques

1. Pourquoi une formation sur la comorbidité assuétude-psychiatrie?
2. Les principales pathologies psychiatriques
3. Comorbidité et pathologie duelle
4. Quelle(s) prise(s) en charge?
5. Un voyage vers le réseau



° 1. **POURQUOI UNE
FORMATION SUR LA
COMORBIDITÉ
ASSUÉTUDE-
PSYCHIATRIE?**



Préalable

« En voyant des usagers de drogue, nous avons tendance à attribuer tous leurs problèmes à la consommation de drogue.

En fait, ils souffrent souvent de maladies mentales comorbides que nous n'arrivons pas toujours à déceler.

Le traitement des usagers de drogues doit impérativement tenir compte de cette comorbidité. »

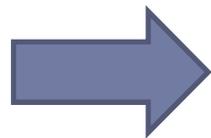
Marcel Reimen

Président du CA de l'OEDT

(Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanes)

Diagnostic difficile

- Symptômes communs entre patho psy et usage de substances
- Apparition possible lors:
 - Des effets principaux
 - Des effets secondaires
 - D'une intoxication aiguë
 - Au cours de la dépendance
 - D'un sevrage



Produits et Patho Psy

Revue de différents « produits »

Les sédatifs : effets dépresseurs et quiétude

Produits	Effets recherchés	Effets secondaires	Intoxication aigüe	Sevrage
BZ	Anxiolitique Sédatif	Somnolence Amnésie ↑ Alcool Réaction paradoxale	Somnolence Confusion mentale	Anxiété Insomnie Irritabilité Nervosité
Alcool	Excitation Désinhibition Puis sédation	Foie Pancréas Neuro Cardio Psychiatrique	Ivresse (excitation puis dépression) Hallucination, délire puis coma	Délirium*
Opiacés Héroïne	↓ Tension psychique Euphorie	Myosis Dépression resp. Dysphorie	« OD » Coma Myosis Bradypnée Puis mort par dépression resp.	Transp. Rhinorrhée D+ Crampes Angoisse Inquiétude Insomnie



*Délirium tremens

- Affection grave, mortalité élevée
- Après 24 à 72h de sevrage
- Précédé d'insomnie, trémulation et anxiété majeure
- Suivi de 3 symptômes:
 - Obnubilation + état confusionnel
 - Onirisme et hallucinations
 - Tremblements

Revue de différents « produits »

Les stimulants : vigilance, confiance en soi, ...

Produits	Effets recherchés	Effets secondaires	Intoxication aigüe	Sevrage
Amphétamine	↓Fatigue ↑Confiance en soi ↑Vigilance Euphorie	Dépression Lassitude Irritabilité Agressivité	Confusion Angoisse Hallucination, délire État maniaque, paranoïde Suicide Psychose aiguë (récurrente) Malgré abstinence	Dysphorie Irritabilité Agitation
Cocaïne	Bien être Euphorie ↓Peur ↓Panique	Dépression Anxiété Idées délirantes Violence	HTA Tachycardie « Tintement » auditif Décès par arrêt cardiaque précédé de convulsions (1/3 des cas)	Anhédonie ↓Des activités Amotivation

Revue de différents « produits »

Les cannabinoïdes :

Produits	Effets recherchés	Effets secondaires	Intoxication aiguë	Sevrage
Marijuana Haschisch Huile	Relaxation Euphorie	Anxiété, état de panique Sédation Nausée Troubles mnésiques Mouvements perturbés Altérations sensorielles Ivresse cannabique Troubles respiratoires Dépression Psychose?	/	Symptômes légers et brefs (agitation , perte d'appétit, troubles du sommeil)



**2. LES PRINCIPALES
PATHOLOGIES
PSYCHIATRIQUES**



Troubles de l'humeur

Troubles dépressifs

- Humeur triste, (perte) inaptitude au plaisir, angoisse de l'avenir, idées suicidaires, manque d'élan, amélioration des symptômes en fin de journée
- Irritabilité, impulsivité
- Troubles du sommeil, fatigabilité accrue
- ↓ Concentration et attention diminuée
- Troubles de la libido et de l'érection
- Perte ou gain de poids
- Sentiment de culpabilité, perte d'estime de soi, comportements de retrait

Troubles de l'humeur

Trouble maniaco-dépressif ou bipolaire

- Épisode maniaque ou hypomaniaque et épisode dépressif
- Épisode maniaque =
 - Humeur anormalement élevée (1 sem)
 - + 3 symptômes parmi:
 - ↑ Estime de soi, idée de grandeur
 - ↓ Sommeil
 - Désir de parler constamment
 - Les idées défilent
 - Distractibilité
 - ↑ Activité, agitation
 - ↑ Activités agréables mais dommageables



Troubles de la personnalité

Personnalité borderline

- Instabilité émotionnelle + déficit du contrôle des impulsions (écorché vif):
 - Relations intenses mais instables, changements fréquents de partenaire
 - Épisodes de comportements agressifs voire violents, états de tension
 - Tendance à l'évitement ou à l'explosion
 - Difficulté à différencier les émotions
- Perceptions de soi, de ses buts existentiels et de ses « préférences intrinsèques » peu claires ou perturbées
- Automutilation (scarification), menaces ou tentatives de suicide



Troubles de la personnalité

Personnalité antisociale

- Comportement perçu comme antisocial, sans égard pour les règles sociales, agressivité, irritabilité et absence de remords
- Précaution dans le diagnostic: interpréter les symptômes dans leur contexte culturel ainsi qu'en fonction de leur permanence depuis l'enfance et de leur survenue dans la plupart des domaines émotionnels et de la vie interpersonnelle



Troubles de la personnalité

Cas particulier: psychopathie

- CIM et DSM ne la reconnaissent pas en tant que trouble
- Mais, caractéristiques suivantes:
 - Agit de manière impulsive dans le but de détruire psychologiquement et/ou psychiquement l'individu
 - Absence d'empathie
 - Domination sans peur, « sang froid »
 - Impulsion antisociale (manipulation, machiavélisme, agressivité, drogues, criminalité, ...)



Troubles de la personnalité

Personnalité schizoïde

- Introversión
- Isolement social
- Difficulté à montrer ses sentiments



Troubles de la personnalité

Personnalité narcissique

- Défaut majeur d'auto-appréciation de ses forces et de ses faiblesses
- Fluctuation de l'humeur, entre autres, sentiments de grandeur et de dévalorisation
- Lors des crises, tendance à des effondrements dépressifs

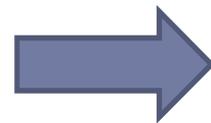
Troubles psychotiques

Schizophrénie

- Début (15-25 ans):
 - Signes non spécifiques au début:
 - Anxiété, trouble de l'humeur, dépression
 - Modification du comportement, décrochage scolaire, isolement
 - Difficulté dans la vie sociale et dans l'expression des affects
 - Perte de confiance en soi
 - Facteur de stress favorisant + produits (quid cannabis?)
- 3 à 5 ans entre 1^{er} symptôme et 1^{ère} consult psy
- Signaux d'attention: délire, hallucination (voix, image, ...), troubles cognitifs (raisonnement abracadabran), croyance bizarre, construction des affects altérée, « il marche à côté de son chemin », préoccupation mystique, sentiment de persécution, ...

Tuyau

- Un même symptôme peut aussi bien être attribué à une pathologie psychiatrique ou à un effet d'une substance:
 - dans le cadre d'un effet recherché,
 - d'un effet secondaire
 - dans le décours d'une dépendance
 - d'un sevrage
- Parfois, le symptôme est à la fois produit par l'un et par l'autre



= Comorbidité



° **3. COMORBIDITÉ ET
PATHOLOGIE DUELLE**

Comorbidité

- = Co-occurrence d'un trouble
 - Dû à la consommation d'un psychotrope
 - D'un autre trouble psychiatrique
- Sens de l'association:
 - Troubles psy → usage-dépendance
 - Perte de contrôle des impulsions, automédication
 - Usage-dépendance → troubles psy
 - Induit par les substances, ↑ stress, ↓ accès à des « coping » efficaces
 - Co-occurrence des 2 en même temps



Pathologie duelle

- = Comorbidité → un nouveau type de pathologie:
 - Apparition d'une nouvelle interaction dynamique entre les 2 troubles
 - Modification radicale des symptômes
 - Diminution de l'efficacité des traitements
 - Aggravation de l'évolution, voire chronicisation des troubles
 - Évolution synergique permanente



Conseils d'identification

- Prendre le temps
- Identifier:
 - Antécédents de prise en charge
 - Éléments anamnestiques
 - Éléments traumatiques
 - Anamnèse familiale
 - Désir suicidaire ou TS
- Demander un avis psychiatrique en cas de doute ou de symptomatologie peu claire



Répercussions sur la prise en charge

- Co-occurrence: envisager une prise en charge séparée
- Pathologie duelle: préférer une approche intégrative (approche simultanée des 2 troubles) et globale. La rechute de l'un entraînant la rechute de l'autre



Principales difficultés

- Phénomène sous-estimé
- Renvoi du patient de services psychiatriques en centre de soins pour UD sans diagnostic ou traitement correct
- Formation insuffisante du personnel soignant pour traiter les comorbidités
- Le traitement des patients avec comorbidité implique \neq services sur une longue période

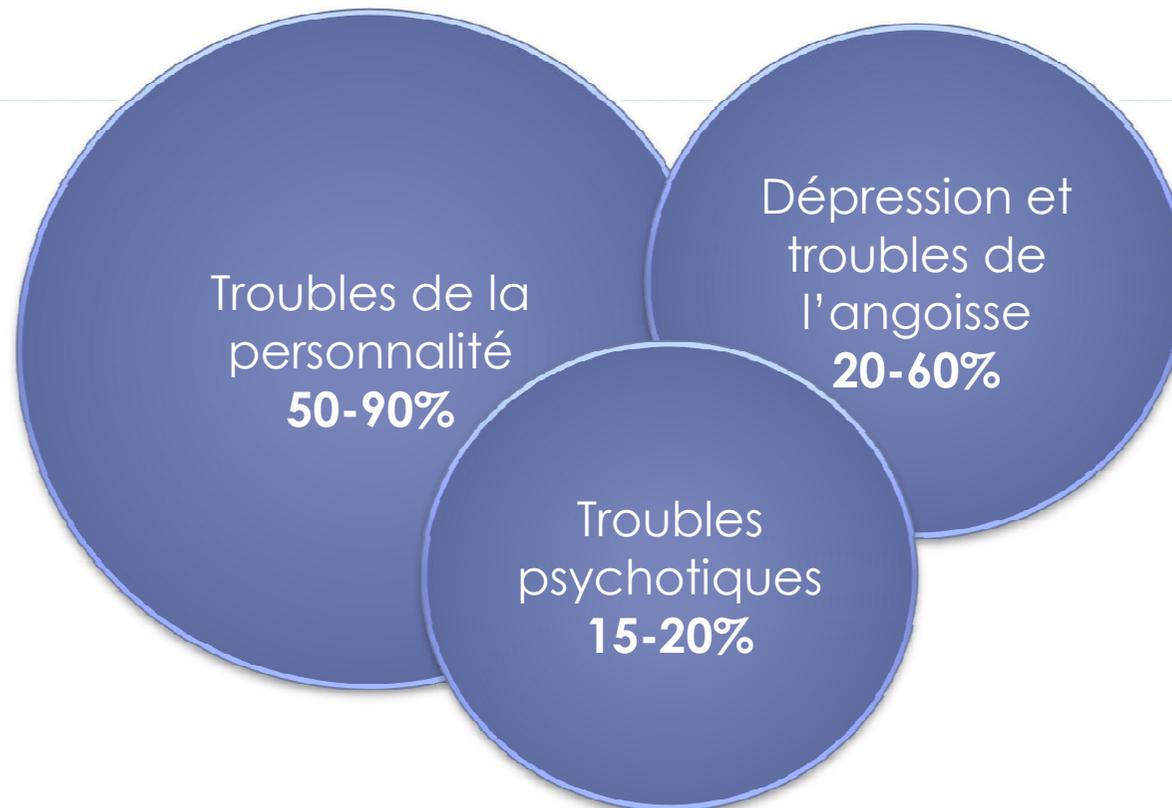


Critères pour attribuer les symptômes à la consommation

- Développement des symptômes pendant ou dans le mois suivant intoxication ou sevrage
- Perturbation étiologiquement liée à la prise d'une substance
- Perturbation pas mieux expliquée par un autre trouble envisagé sur base des éléments suivants:
 - Symptômes avant le début de prise
 - Persistance des symptômes (+/- 1 mois) après fin de sevrage aigu ou intoxication grave
 - Symptômes disproportionnés p/r à consommation (substance, quantité, durée)
 - Autres signes comme antécédents (épisodes dépressifs majeurs récurrents, ...)

Aspect épidémiologique

- Double diagnostic fréquent chez UD
- 30 à 90% parmi UD dans centres de traitement (OEDT 2004)





° 4. **QUELLE(S) PRISE(S) EN CHARGE ?**



Modalité de traitement

Dans les cas de comorbidité,
il faut essayer de privilégier
une approche intégrée
(psycho-médico-sociale)
et/ou en réseau



Approche non pharmacologique

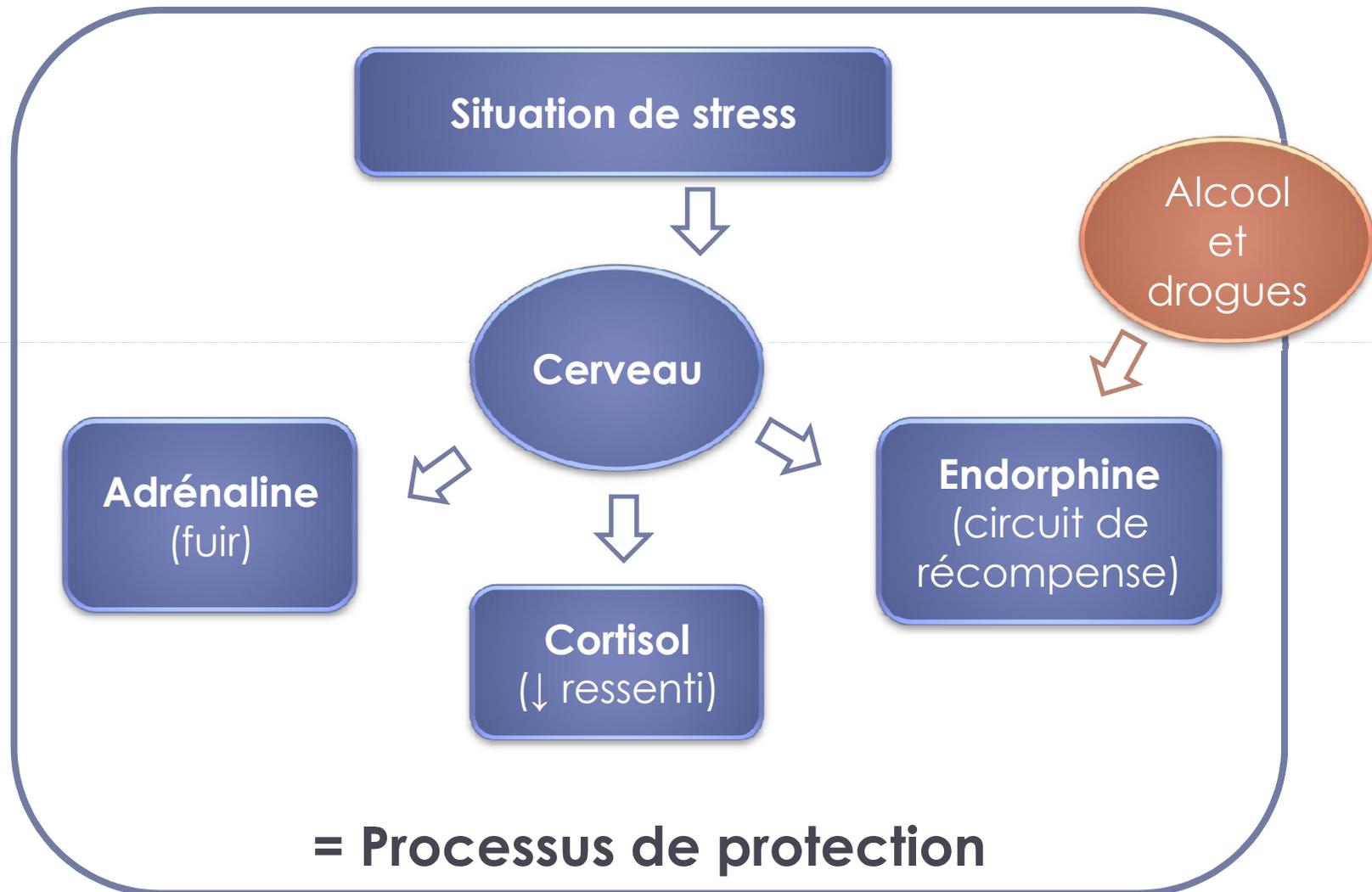
- En complément des approches pharmacologiques
- Approches psychothérapeutiques
- Approches sociales: travail d'accompagnement psychosocial (recherche logement, mise en ordre papiers, mutuelles, ...)



Approches psychothérapeutiques

- De ≠ types:
 - Cognitivo-comportementale, systémique, psychanalytique, ...
 - Approche individuelle ou en groupe
 - Indications selon la comorbidité et la personne (facteurs individuels, sociaux, économiques et familiaux)
- 3 clés de compréhension:
fonctionnement post-traumatique;
différenciation; ancrage et lien

1^{ère} clé: le fonctionnement post-traumatique





1^{ère} clé: le fonctionnement post-traumatique

- Répétition de stress dans l'enfance:
 - → Se comporter comme si toujours en danger
 - → Perception de soi et du monde modifiée
 - → Maintien permanent des réactions normales au stress, voire recherche de ces réactions
- Approche permettant de comprendre:
 - Drogues et/ou pathologies = radeau de survie (circuit de récompense)
 - Conduites à risque (adrénaline) ou autodestruction
- *Métaphore du capitaine*

2^{ème} clé: la différenciation

- Utilité :
 - Comprendre comment l'individu se construit et se positionne
 - Position fusionnelle → individuelle → différenciée
 - Autonomie

2^{ème} clé: la différenciation

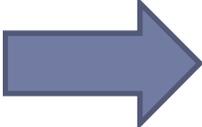
- Savoir reconnaître et exprimer ses émotions

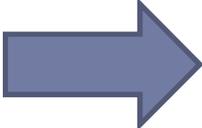
Différenciation élevée	Différenciation basse
Prise de recul	Émotions +++
« Je » respectueux	« Je » narcissique
Responsabilités conscientisées	Dépendance affective

- ↓ Différenciation → alcoolisme, dépendance, psychose, ... (Bowen)

2^{ème} clé: la différenciation

- Besoin d'être consistant
- Permet de comprendre l'impact de l'environnement sur la mise à distance émotionnelle (cut off):
 - Soit physique (fugue, rupture du lien, ...)
 - Soit intériorisée (dépression, toxicomanie?)

 **Le symptôme est un comportement comme un autre**

 **L'intervention vise à renforcer la différenciation**

3^{ème} clé: l'ancrage et le lien

- Assuétudes = processus de survie
 - → Prendre le temps vs urgence
 - → Etablir un ancrage vs sentiment d'impuissance
- 3 pistes comme fil rouge:
 - Éviter l'étiquetage pour permettre la rencontre de l'homme
 - Croire en ses compétences de changements
 - S'appuyer sur sa dignité

Approche pharmacologique

Anxiolytique:

- Benzo.: Mais ! Effet additif avec methadone → ↑ Sédation

- Lyrica (prégabaline)
antiépileptique mais aussi indiqué
anxiété généralisée

Mais ! Effet additif avec methadone
→ ↑ Sédation

Approche pharmacologique

Antidépresseur:

- SSRI } ↑ methadonémie →
- Amitriptyline } surdosage et
sédation
- Lerivon } effet de sédation →
- Mirtazapine } indication pour
dépression + angoisse

Approche pharmacologique

Antipsychotiques:

! ↑ de l'espace Q-T avec plusieurs antipsychotique → ↑ risque torsade de pointe avec metha.

Risperidone : ↑ de sa concentration plasma; avec méthadone

Approche pharmacologique

- Tuyau:
- Avant d'initier un R/ vérifier que la pathologie psy. \neq E/S d'un med.
- Eviter l'usage des benzo. Durant une trop longue période.
- Un R/ \neq tjrs bénéfice
- Avoir un bon contact avec psychiatre de référence !



5. UN VOYAGE VERS LE RÉSEAU



Prise en charge intégrée

- Le développement d'une prise en charge intégrée est actuellement préconisée surtout dans le cadre de la comorbidité
- Il nous faudra donc être particulièrement créatif pour la mettre en place... c'est l'enjeu du réseau... c'est toute une histoire...
- Suite au prochain numéro...



Pour en savoir plus

- Sur le contenu de la formation et sur les outils présentés :

www.reseaualto.be

- Contenu de formations
- Publications Alto et références utiles



 **MERCI DE VOTRE
ATTENTION !**