Comprendre les liens entre addiction et santé mentale

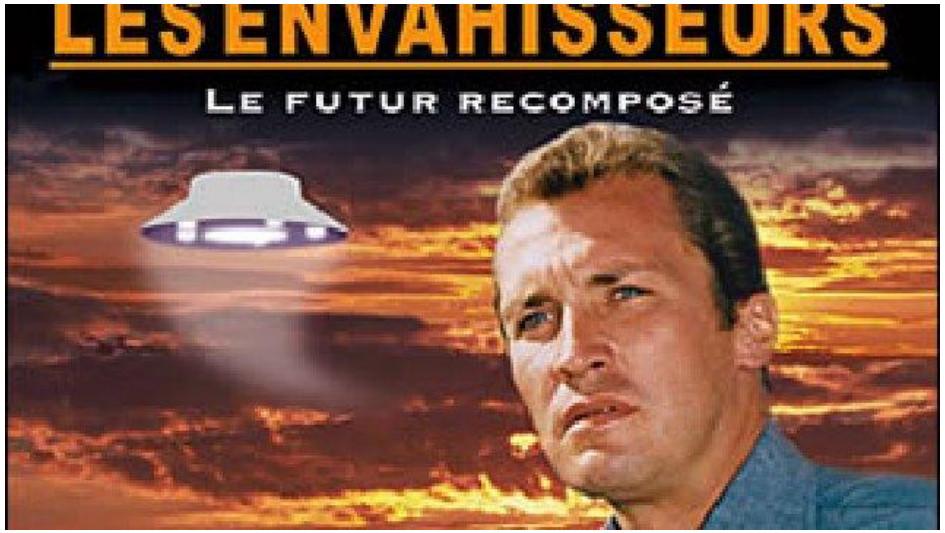
Aborder les stratégies thérapeutiques

Pr G Brousse

gbrousse@chu-clermontferrand.fr

CIRCEA
Center for Interdisciplinary Research, Coordination of care & Education in Addictology

UCA
UNIVERSITÉ Clermont Auvergne & associés


LES ENVAHISSEURS
LE FUTUR RECOMPOSÉ

Dualités *VS* Comorbidités

La Comorbidité ou pathologie Duelle [1,2]

- Pharmaco Psychose: un trouble/symptôme induit et transitoire (Synchronique) incompatible avec un ETAT évaluable au sens de la clinique psychiatrique classique (Diachronique)
- DSM (Independence des facteurs causaux?): Exclusion de mésusages de substances pour conclure à un trouble mental
- Présence comorbide troubles psychiatriques + addictions, apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, modification des symptômes, diminution de l'efficience des traitements et aggravation et chronicisation de leur évolution.
- Les addictions débutent tôt dans la maladie mentale et modifient profondément son expression ainsi que le rapport du patient au système de soin
- Pathologies addictives complexes à Intrication psychiatrique: PACIP

1970

198

LETTERS

Letters to the Editor

Substance Use Disorders Are Psychiatric Disorders

TO THE EDITOR: I appreciated the dedication of the June 2023 edition of the *Journal* to advances in our understanding of substance use disorder (SUD). For too long, the field of psychiatry has abdicated its responsibility to the profession and to patients as it concerns addictive disorders (1). The separation of the SUD treatment sphere from the rest of psychiatric care dates to an era when SUD was considered a moral failing and social problem rather than the brain disease research has shown it to be (2). Stigma toward patients with SUD remains pervasive among health care professionals and psychiatrists are not immune (1). Language is an important driver of stigma particularly pertaining to unconscious bias (3). Words matter, and the words we choose to describe SUD have the power to perpetuate or counteract stigma (3).

separate from mental health." (1) It is time the language we choose to describe SUD and other psychiatric disorders reflects this reality.

REFERENCES

1. Zisman-Ilani Y, Smith WR, Morris NP: Addressing substance use in psychiatric care: an old problem with renewed urgency. Psychiatr Serv 2023; 74:201–203
2. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT: Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. N Engl J Med 2016; 374: 363–371
3. Slomski A: The lingua franca of addiction–stigmatizing words that wound. JAMA 2021; 326:1468–1470
4. Kalin NH: Focusing on substance use disorders, opioids, and craving. Am J Psychiatry 2023; 180:397–399
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2022

Aliëna A. Balasanova, M.D.

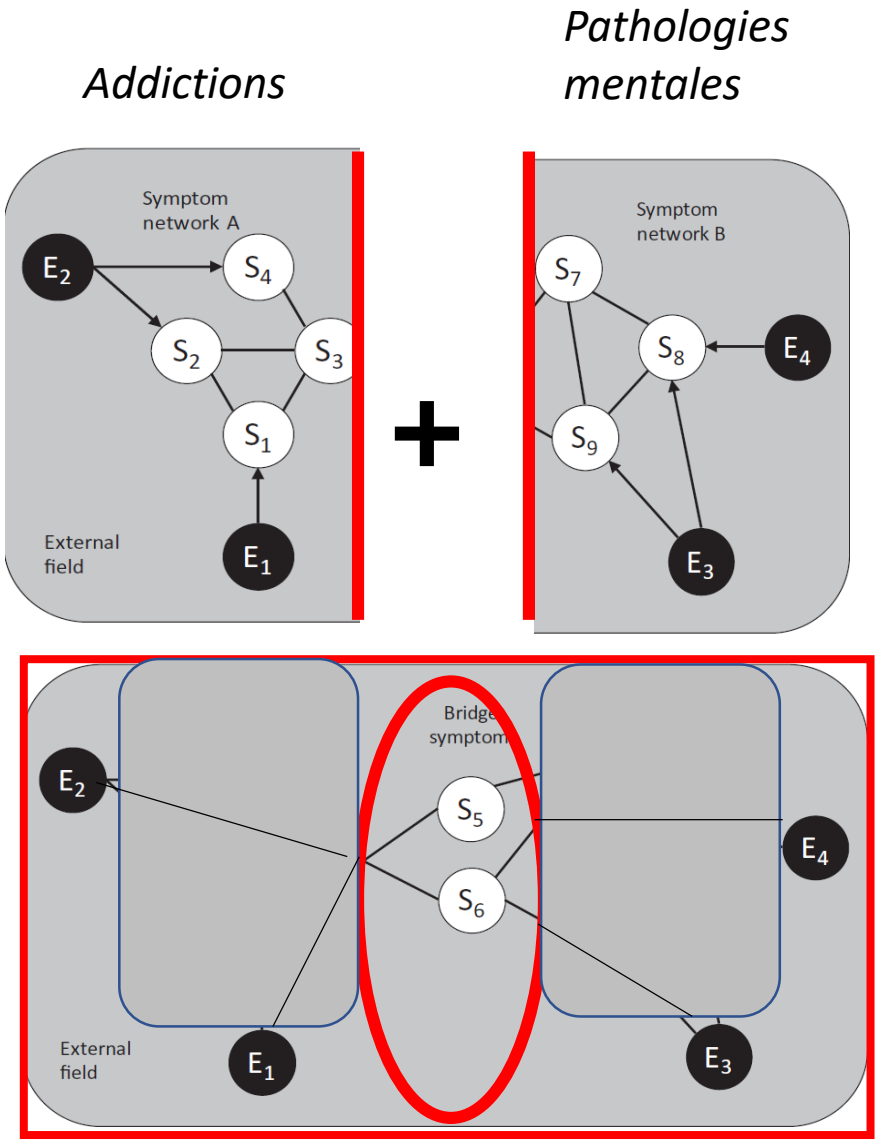
2020

1. APA 1980, 1987,1994 2. Casas 2014

Les dualités: plus qu'une addition!

- **Les associations conduisent à des**
  - Processus morbide synergique, modification des symptômes,
  - Les situations cliniques sont complexes: retard diagnostic
  - Diminution de l'efficience des traitements, chronicité, mauvais pronostic (comorbidités somatiques, suicides, poly consommations…).

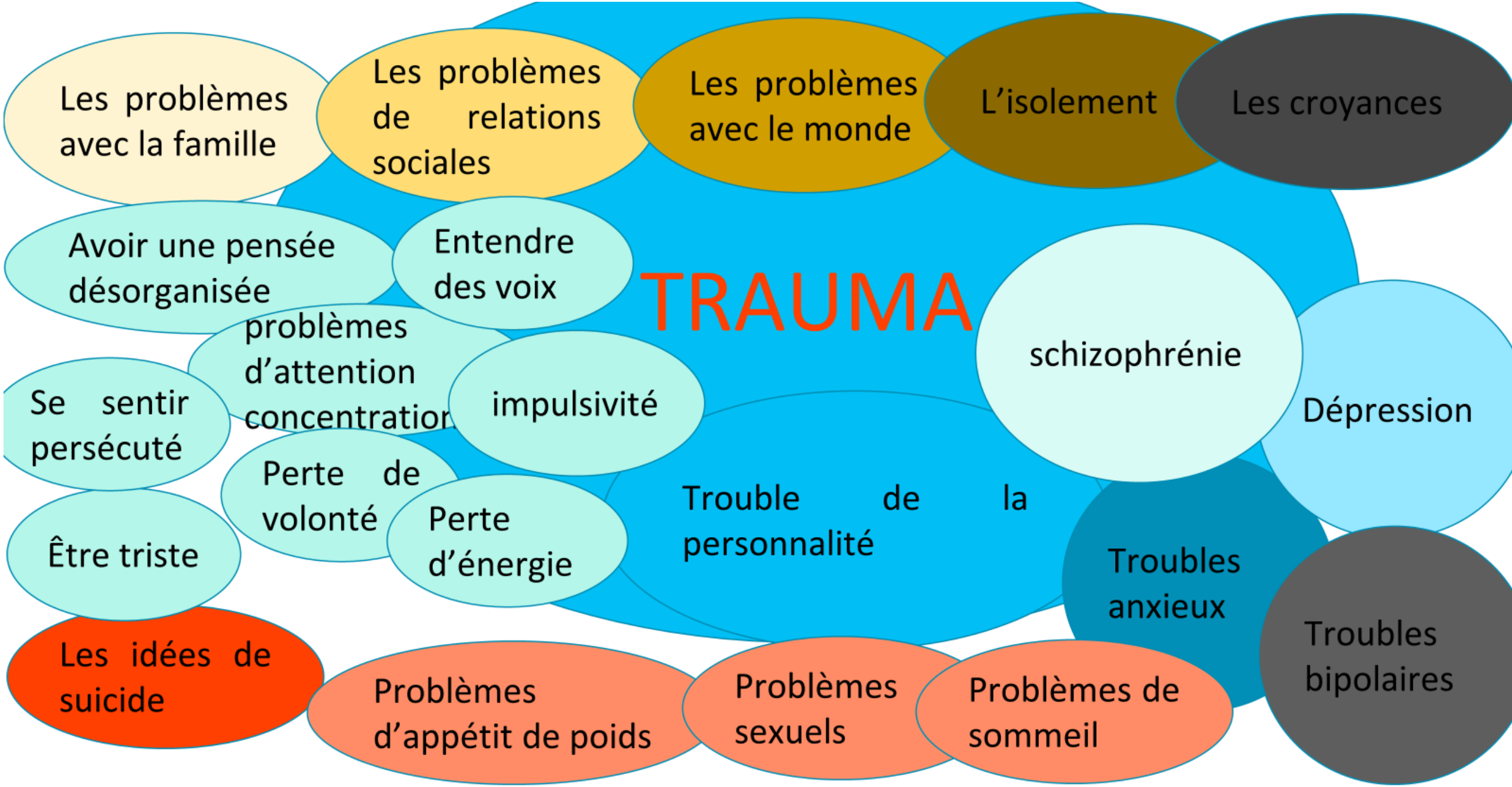
- **Les pathologies mentales sont le plus souvent sous jacentes**
  - Dans 2/3 des cas l'addiction précède le trouble psychiatrique
  - **Les addictions débutent tôt dans la maladie mentale et *modifient profondément son expression* ainsi que le rapport du patient au système de soin[1]**
  - **Les patients duals disorders présentent une faible adhésion aux traitements en particulier sur long terme, une motivation très instable**

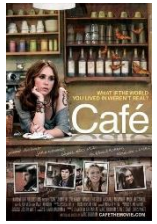


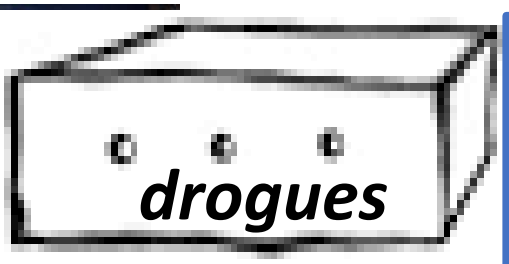
Borsboom 2017

1. *Maremmani (2011), 3 Barrowclough et al (2006)*

Les Symptômes maladies: des dimensions et des catégories







Adaptation fonctionnelle aux environnements

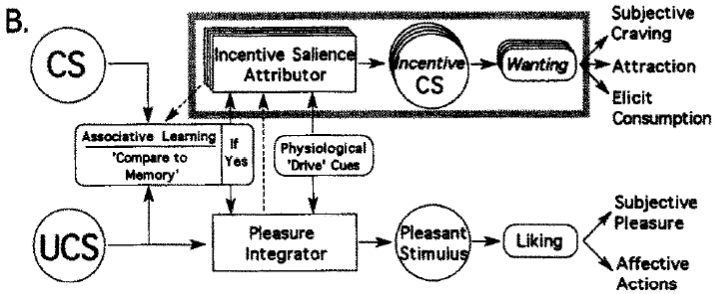
1) Facilitation des transitions entre différents états mentaux

2) Augmentation de la durée d'un état mental

3) Etablissement de mémoires pour chaque effet d'une drogue et rappel de ces mémoires

Répétition des prises, Tolérance au produit

Liking→ wanting→ Must do (craving)



- Auto soulagement Edward Khantzian (1980)
  - *La dépendance nait de la recherche d'un soulagement pour une souffrance psychologique;*
- Des lors le modèle toxicomaniaque n'est pas un processus de destruction mais une recherche de réparation

individu (gènes)

X

produit

X

environnement

Addiction
FOR DEBATE
doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04001.x

Pathways to heroin dependence: time to re-appraise self-medication

Shane Darke Juin 2012

1. Koob G.F., Le Moal M. Science, 1997; 2. Robinson and Berridge 2013

Les substances

Les problèm avec la fa

Les problèmes d relations

ALCOOL

Les problèmes avec le monde

COCAÏNE

L'isolement

Les croyances

COCAÏNE

THC

ALCOOL

A une pensee désorganisée

Entendre des voix

OOL

THC

problèmes

Se persécuté

schizophrénie

Dépression

ALCOOL

Perte de volonté

COCAÏNE

ALCOOL

Troubles anxieux

Troubles bipolaires

Les idées de suicide

Problèmes d'appétit de poids

COCAÏNE

sexuels

THC

Problemes de sommeil

Le bénéfice/risque des consommations

- La consommation de substances psychoactives présente des risques de répercussions immédiates ou différées liées à ces consommations

Le problème des produits: ils aggravent ce qu'ils soulagent……..!!!

Alcool: *« apaise l'anxiété, convivial, désinhibe »…*	**Overdose, coma, accidents aggrave la dépression, isole, impulsivité, bagarres, traumas**
Cannabis: *« sommeil, cool, détend »*	**Parano, psychotique, accidents, cauchemars**
Cocaïne: **«** *stimule, énergie, pose »*	**Paranoïa, Symptomes psychotique, impulsivité, traumas, craving++**
Héroïne: « *apaise, soulage, trauma »*	**Overdose, risque infectieux**

Comment penser une stratégie thérapeutique?

Les facteurs de complexité

- Précocité du trouble
- Environnement et entourage
- Stigmatisation
- Comorbidité psychiatriques
- Les autres troubles de l'usage
- Evènements somatiques
- Résistance au changement
- Chronicité

Les Réponses à mettre en œuvre

- Prévention et accompagnement
- Entretien motivationnel
- Formation et Liaison
- Autosoulagement
- Éducation thérapeutique
- Ajustement thérapeutique centré sur le patient
- RDR
- Approche dimensionnelle
- Alliance thérapeutique
- Parcours de soins

Comment hiérarchiser et coordonner?

Les stratégies des pathologies duelles[1,2,3,4]

Ce qu'il faudrait…

- Une approche pluridisciplinaire: coordonnée et intégrée [1, 2, 3,4]
- Le traitement de la comorbidité psychiatrique suppose:

  - D'avoir fait le diagnostic

  -De bénéficier de thérapeutiques (psychothérapies et médicaments) adaptées, validées, recommandées (guidelines)

  - *De pouvoir instaurer ce traitement chez le patient*
    - *Acceptation du diagnostic*
    - *Acceptation du traitement*

Ce que nous avons…

- Des centres addictologiques (CSAPA) sans recours expertal
- *En pratique courante diagnostic peu fait (brouillage symptomatique, manque d'outils)*
- *Peu de recommandations sur le traitement des pathologies mentales chez patients TUS*
- *Une approche pluridisciplinaire: morcellée*
- *Acceptation thérapeutique psychotrope faible*
  - *Acceptation du diagnostic limitée*
  - *Effets indésirables….*

1. Soyka (2011), 2 CANMAT (2012), 3. Dematteis et al (2017), 4. Crockord 2017

Les acteurs des parcours

1. Le patient
2. Le médecin généraliste
3. Les CSAPA/CMP
4. Les spécialistes de ville (psychiatres, psychologues, Hépato Gastro, sage femme dermatologues, dentistes ….)
5. Les pharmaciens
6. Les soins hospitaliers somatiques
7. Les urgences
8. Les dispositifs hospitaliers addictologiques et psychiatriques
9. Les SSR
10. Les dispositifs de soins comm
11. Les pairs aidants
12. Les CAARUD
13. Les dispositifs sociaux et d'hebergement
14. Les paramédicaux
15. justice

De très nombreux Acteurs!

Coordonner les partenaires: outils structurels

Définitions: les parcours

La loi de modernisation de notre système de santé pose à nouveau la que
véritable médecine de parcours, tangible, pour les patients. Il faut en effe
hospitaliers, soins médico-sociaux... Aujourd'hui, un parcours s'entend c
des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution asse
prévention, soins, suivi médico-social voire social. En clair, faire émerge
ambulatoire » nécessaire à une meilleure gradation des prises en charge.

PARCOURS DE SOINS •
PARCOURS DE SANTÉ •
PARCOURS DE VIE •

- Pour nos patients parcours
  - De santé: rarement
  - D'orientation: souvent
  - Du combattant

Définitions: Les parcours

- Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux
- Cela suppose
  - l'**intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux**, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé
  - La prise en compte de l'environnement des patients

- 3 Niveaux
  - Parcours de soins: favoriser l'accès, pertinence
  - Parcours de santé: coordonner et structurer
  - Parcours de vie: accompagnement intégré

- 3 logiques
  - Prévenir
  - Soigner
  - Accompagner

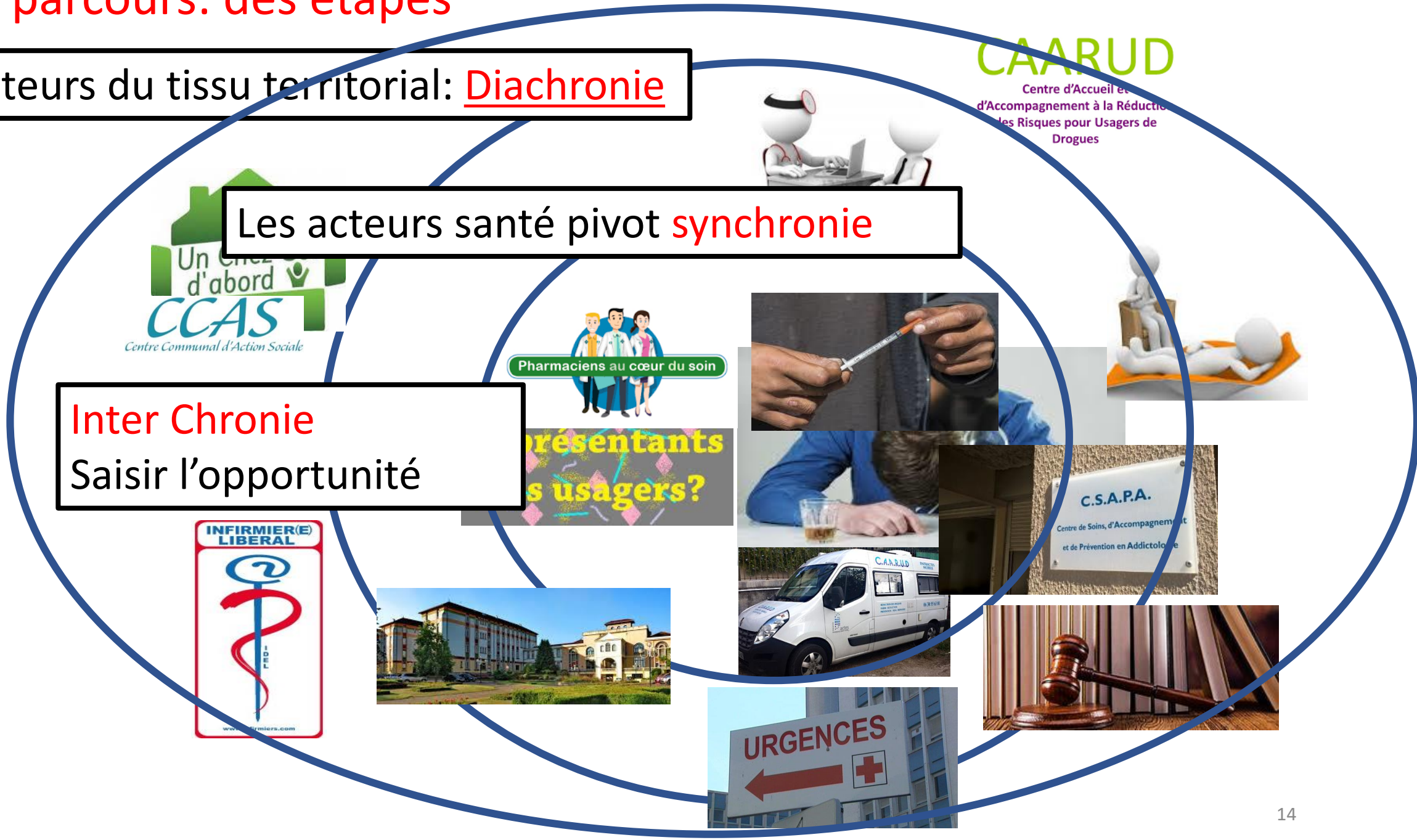
Les parcours: des étapes

Les acteurs du tissu territorial: Diachronie

Les acteurs santé pivot synchronie

Inter Chronie

Saisir l'opportunité



Spécificités des patients pathologies duelles dans les parcours

Du coté du patient

- Entrée possible n'importe où dans le parcours
- Sortie possible à n'importe quel moment du parcours
- Difficultés à repérer tous les acteurs
- S'adresse souvent à plusieurs acteurs pour une même question
- A « la merci » des décisions des acteurs

Du coté des acteurs

- Cloisonnés
- Ne se connaissent pas forcement
- Communiquent peu
- Supposent le parcours comme une ligne droite (entrée et sortie)
- Raréfaction

Comment travailler ensemble?

- 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: recommandations d'abord stabiliser addiction alcool : Discutable

- Traitements Parallèles **et coordonnés**
  - 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: utopie ?
  - Supposent l'intervention concomitante d'équipes et de thérapeutiques multi disciplinaires (ex TTT intégré pour patients schizophrènes et polydépendants : TCC+ interventions familiales +EM
  - Pas simplement l'addition de deux interventions ciblées simultanées
  - Nécessitent un ajustement des interventions prenant en compte l'influence réciproque des comorbidités

Donald (2005)

Des acteurs experts de la dualité

Où sont traitées les pathologies duelles?

Sanitaire…

CIHR IRSC Canadian Institutes of Health Research / Instituts de recherche en santé du Canada

Submitted by CIHR
Déposé par les IRSC

Health Care Manage Rev. Author manuscript; available in PMC 2012 December 08.

Published in final edited form as:
Health Care Manage Rev. 2010 ; 35(3): 212–223. doi:10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c.

Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters?

Astrid Brousselle, PhD,
Associate Professor, Community Health Sciences department, University of Sherbrooke, Longueuil, Canada

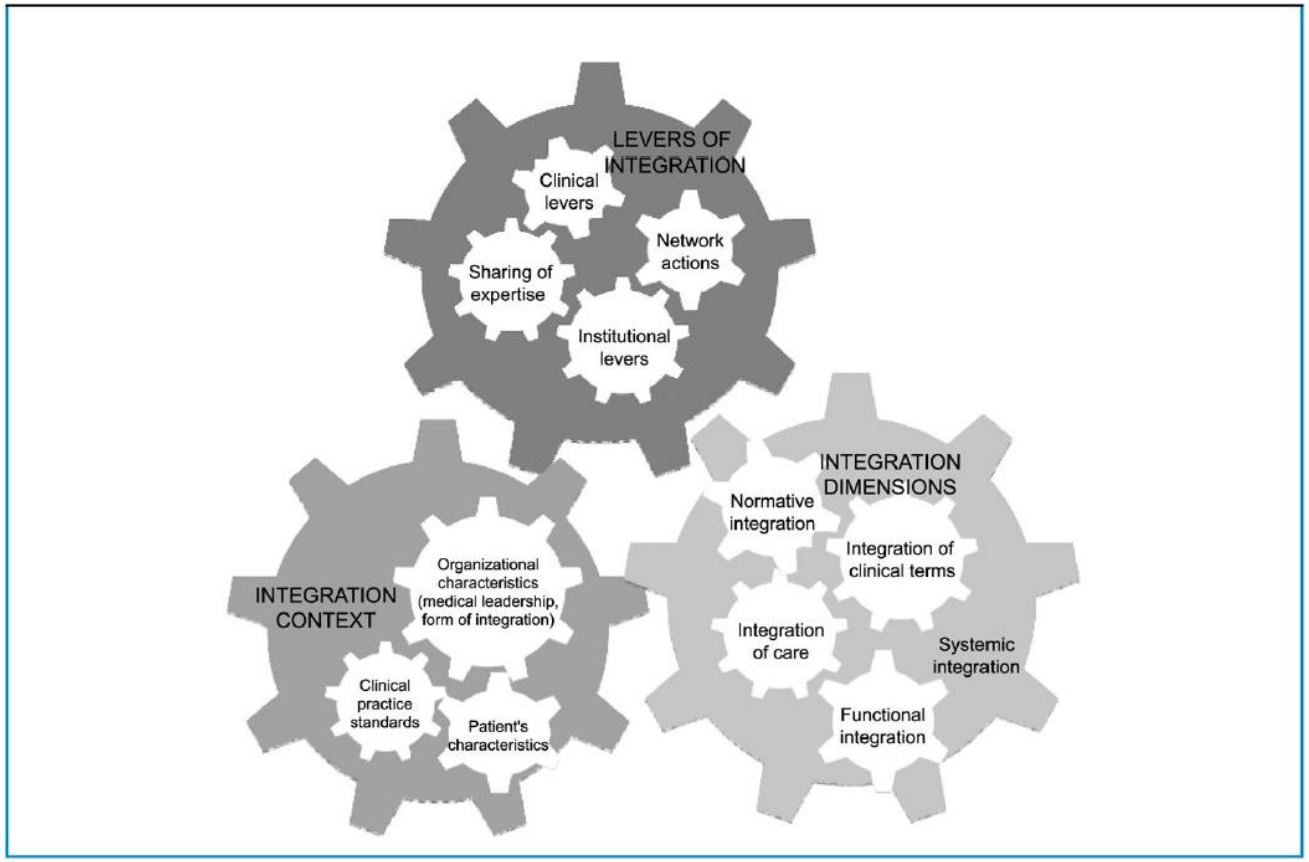


Figure 2.
Toward integration. What matters

Des acteurs experts de la dualité

Health SA Gesondheid
ISSN: (Online) 2071-9736, (Print) 1025-9848
AOSIS
Page 1 of 10 Original Research

Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review

CrossMark

- Revue: 11 études Chetty et al, 2023
- Traitement intégré + patho Psy

- Recommandations:
  - Augmenter le nombre d'options thérapeutiques disponibles pour les patients atteints de DD, quel que soit le modèle de traitement mis en œuvre.
  - Une combinaison des principes de la TCC tels que la pleine conscience, l'autorégulation, la restructuration cognitive et l'entretien l'entretien motivationnel.
  - Des lignes de communication solides sont maintenues, des alliances thérapeutiques sûres et des approches sensibles à la culture afin d'améliorer la rétention du traitement et la motivation des participants.
  - Le traitement est mené dans des cadres structurés, tels que des programmes résidentiels en milieu hospitalier ou des programmes résidentiels communautaires, où l'influence des facteurs de risque environnementaux et le risque de rechute peuvent être limités.

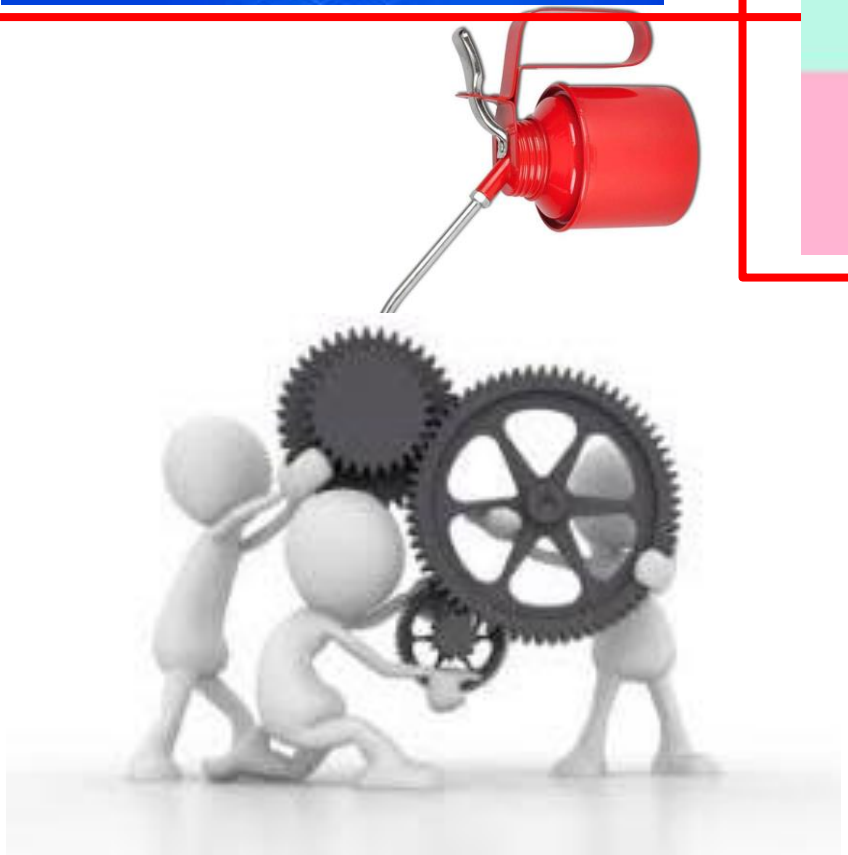
Des acteurs

Où sont les pathologies duelles?

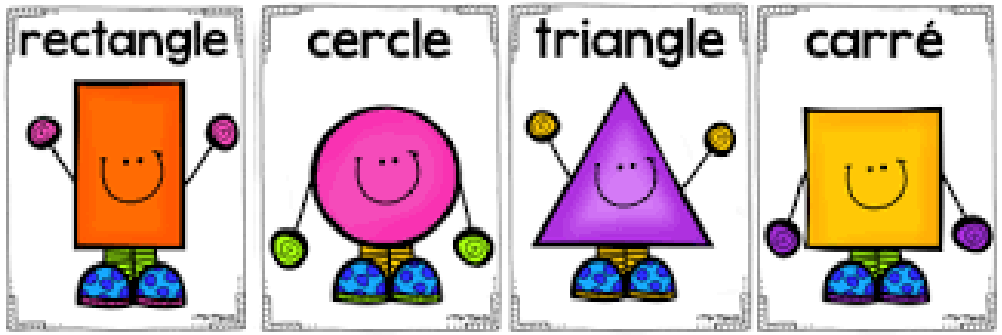
Sanitaire…

Médico-Social…

Social



?



Parcours de vie

- Les parcours de vie, envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement…

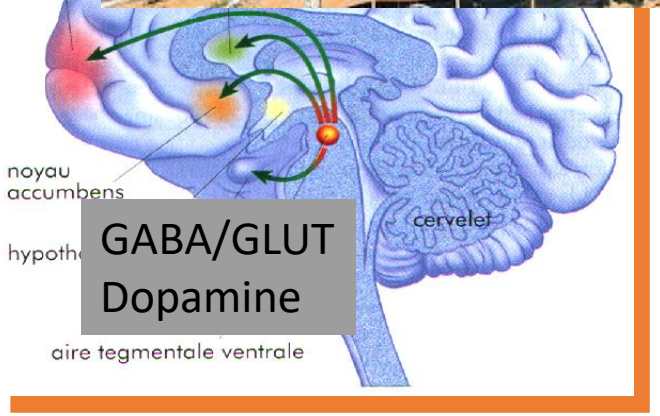
- Renvoie à la définition de la santé par l'OMS

- Pour nos patients
  - Penser l'environnement comme support de santé: famille, logement, travail…
  - Intégrer les dispositifs associatifs ou institutionnels dans l'accompagnement en concertation optimale avec le patient (ASE, CCASS, MDPH, Chom actif, pairs aidants, GEM…)
  - Intérêt des programmes ciblés: un chez soi d'abord
  - Accompagnement socio éducatif: trouver le bon partenariat

Pour accompagner le patient: coordonnateurs de parcours? Case managers? Equipe mobiles hors les murs?

Les thérapeutiques

- **Traitement repose sur compréhension de la pathologie duelle: dimensionnelle et catégorielle**
  - Modèle Bio Psycho Social
    - Impératif des 3 actions: Médicaments + psychothérapies + environnement: DIMENSIONNELLE+ CATEGORIELLE
    - Outils au service du patient
  - Réduction des risques et des dommages



Adapter le traitement: mieux caractériser le trouble!

Comprendre et identifier les dimensions

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

© Haute Autorité de Santé – 2014

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Quels traitements pour les pathologies duelles?

Quelles pharmacothérapies?

- Place des traitements De l'addiction
  - Addictolytiques
  - Antabuses .....
  - Substitutifs+++
- Place des traitements psychotropes
  - Anxiolytiques
  - Antidépresseurs
  - Thymorégulateurs
  - Neuroleptiques (I et II génération)
  - ....

+

Quelles psychothérapies?

- Thérapies comportementales
- Entretien motivationnel
- Les interventions psychosociales
- Interventions basées sur la pleine conscience
- ....

=

Associer traitements des deux troubles

Traitements Séquentiels, Parallèles, intégrés [1]

Nécessitent un ajustement des interventions prenant en compte l'influence réciproque des comorbidités

Donald 2005

Quelles pharmacothérapies pour les pathologies duelles: du coté des addictions?

- Efficacité des traitements des TUS: utilisables et renforcent efficacité en diminuant le poids de l'addiction dans la maladie psychiatrique: ex alcool
  - Naltrexone[2]
  - Acamprosate
  - Efficacité comparable Nalmefene dans pathologie psychiatrique comorbide[4]
  - Disufiram (depression : reduction craving) [3]
  - Baclofene : UTILISABLE dans troubles comorbides
  - Oxybate de Sodium..
- Substituts nicotiniques ++++
- Efficacité des traitements a double valence: psychiatrique et addictologique
  - Topiramate...
  - Baclofene?

1 Randall 2001 Mallec 1996, Ralevski 2014; 2 Brown 2006 ; 4 Aubin 2014, 5 Petrakis 2007, Franchitto 2014 (Dore 2011) 5Meszaros 2013, 6 Caputo 2011

- Substitution opioïdergique

La buprénorphine [1,2,3]

- Des observations cliniques vont dans le sens de l'efficacité de la buprenorphine pour traiter les troubles de l'humeur
  - Etude Emrich et al (10 patients dépressions résistantes, 0.2mg/j)
  - Buprenorpine efficace dans dépression (+ de 10 études) et dépressions résistantes chez patients DD ou non
  - Efficacité antidépressive de l'antagonisme kappa, balance agonisme antagonisme µ (Ehrich , 2015)
  - Efficacité dans les idéation suicidaires (Yovell et al, 2016)

The mean results of the Hamilton-scores before (A_1), during (B_1; B_2; B_3) and after (A_2) buprenorphine treatment are depicted in FIGURE 1. The data

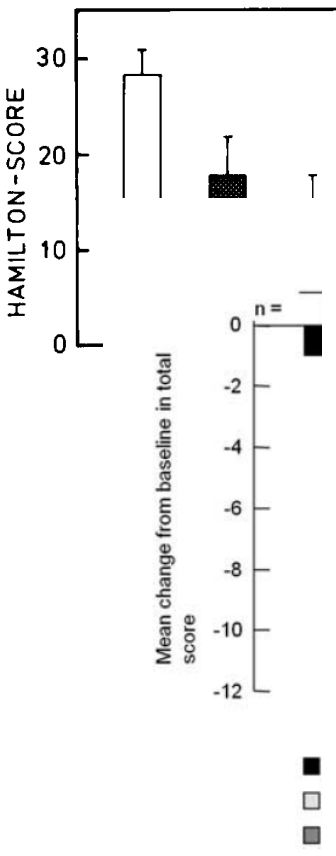
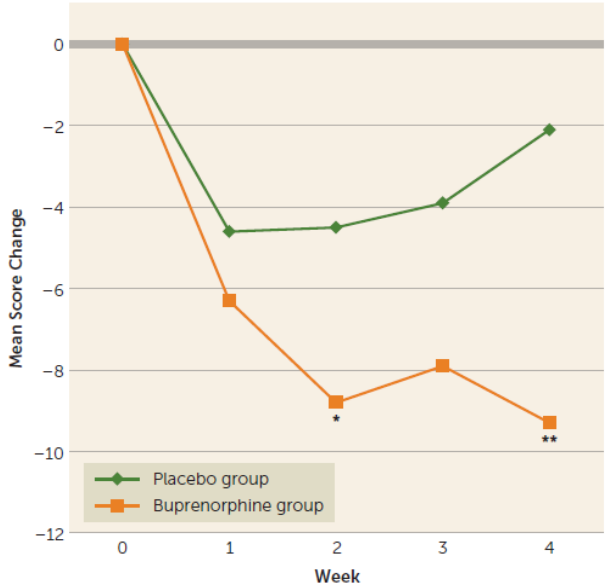


FIGURE 1. Changes From Baseline in Score on the Beck Scale for Suicide Ideation in Patients With Suicidal Ideation Who Received Buprenorphine or Placebo[a]



[a] Modified intent-to-treat group. Values are least square means. Lower scores are better.
*p<0.05. **p<0.01.

1. Emrich et al (1982), 2. Lalanne et al (2016) 3. Ehrich et al (2015) 4. Yovell et al (2016)

- Substitution opioïdergique

La Méthadone [1,2,3,4,5]

- Pour les troubles thymiques: comparable à la buprénorphine[1] (effet sur μ, blocage recapture catécholamines (5HT), anti NMDA…)
- Posologies plus élevées de méthadone nécessaire dans les DD[2,3,4]
- Intérêt de la méthadone dans stabilisation des schizophrénies résistantes (Action anti dopaminergique de la METH, bloquent adenylate cyclase (= NLP) [5]

Table 2
Psychiatric comorbidities clinically diagnosed according to the DSM-IV-TR an distribution by methadone dose.

Variable	< 40	40–80	> 80	p-value[a]
Patients with at least one psychiatric comorbidity	134 (60.9%)	159 (68.5%)	96 (77.4%)	**0.0066**
Infancy/childhood/adolescent disorders	8 (6.0%)	6 (3.8%)	7 (7.3%)	0.4535
Delirium/dementia/amnesic disorders and other cognitive disorders	4 (3.0%)	6 (3.8%)	8 (8.3%)	0.1307
Mental disorders due to medical conditions not elsewhere classified	1 (0.7%)	2 (1.3%)	4 (4.2%)	0.1256
Substance-related disorders	37 (27.6%)	57 (35.8%)	45 (46.9%)	**0.0109***
Schizophrenia and other psychotic disorders	18 (13.4%)	17 (10.7%)	10 (10.4%)	0.7050
Mood disorders	61 (45.5%)	87 (54.7%)	45 (46.9%)	0.2415
Anxiety disorders	71 (53.0%)	86 (54.1%)	54 (56.3%)	0.8857
Somatoform disorders	3 (2.2%)	1 (0.6%)	1 (1.0%)	0.4619
Factitious disorders	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–
Dissociative disorders	0 (0%)	1 (0.6%)	0 (0%)	0.4843

1. Dean et al (2004) 2. Tenore et al (2008) 3. Eiden et al (2012, 4. Roncero et al (2016), 5. Kern et al (2014)

Quelles pharmacothérapies pour les pathologies duelles: du coté des troubles psychiatriques?

- Troubles anxieux [1]

  – Effet paroxetine dans réduction anxiété sociale, sertraline PTSD

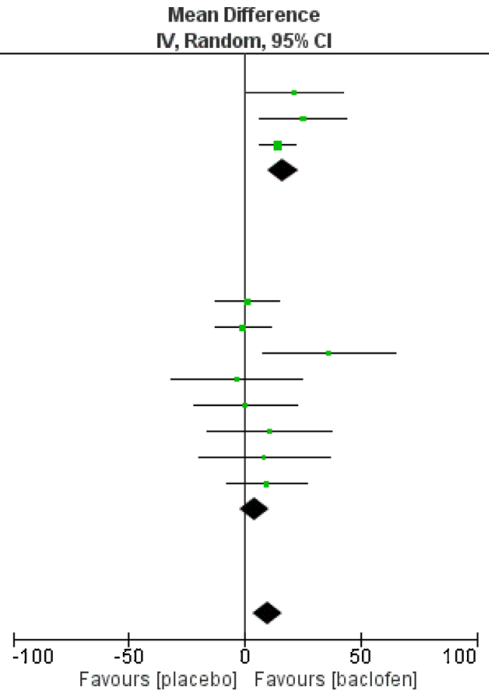
  – Effet buspirone meta analyse 5 études

  – Intérêt naltrexone, disulfiram, quetiapine topiramate PTSD

  – les effets sur consommation alcool moins clairs sauf pour études PTSD

  – Le Baclofene? Agabio 2020

Study or Subgroup	Baclofen Mean	Baclofen SD	Baclofen Total	Placebo Mean	Placebo SD	Placebo Total	Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
1.1.1 High levels of anxiety								
Morley 2018 HD	64.56	45.4947	35	43.35	30.4	16	7.1%	21.21 [0.02, 42.40]
Morley 2018 LD	68.54	35.4	36	43.35	30.4	17	8.7%	25.19 [6.68, 43.70]
Rigal in press	53.6	40.45	162	39.3	30.4	158	21.9%	14.30 [6.47, 22.13]
Subtotal (95% CI)			**233**			**191**	**37.6%**	**16.50 [9.67, 23.32]**
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 1.34, df = 2 (P = 0.51); I² = 0%								
Test for overall effect: Z = 4.74 (P < 0.00001)								
1.1.2 Low levels of anxiety								
Beraha 2016 HD	71	34.94	58	69.8	29.98	31	12.8%	1.20 [-12.66, 15.06]
Garbutt 2010 a	49.9	27.9	40	50.6	25.9	40	15.4%	-0.70 [-12.50, 11.10]
Garbutt 2010b 1	69.8	34.94	10	33.4	29.98	10	4.3%	36.40 [7.87, 64.93]
Garbutt 2010b 2	55.4	34.94	10	58.9	28.98	10	4.4%	-3.50 [-31.64, 24.64]
Krupitsky 2017	79.1	34.94	16	78.7	28.98	16	6.5%	0.40 [-21.84, 22.64]
Morley 2014 HD	33.2	31.2	14	22.6	29.1	7	4.7%	10.60 [-16.45, 37.65]
Morley 2014 LD	30.9	34.7	14	22.6	29.1	7	4.4%	8.30 [-19.90, 36.50]
Muller 2015	49.3	34.94	28	39.8	29.98	28	9.8%	9.50 [-7.55, 26.55]
Subtotal (95% CI)			**190**			**149**	**62.4%**	**4.35 [-2.25, 10.95]**
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 6.80, df = 7 (P = 0.45); I² = 0%								
Test for overall effect: Z = 1.29 (P = 0.20)								
Total (95% CI)			**423**			**340**	**100.0%**	**10.10 [3.74, 16.45]**
Heterogeneity: Tau² = 32.15; Chi² = 14.43, df = 10 (P = 0.15); I² = 31%								
Test for overall effect: Z = 3.11 (P = 0.002)								
Test for subgroup differences: Chi² = 6.29, df = 1 (P = 0.01), I² = 84.1%								



Caption

Forest plot of comparison: Baclofen vs placebo: Abstinent days (rate) at 12 weeks or longer.

1 Randall 2001 Mallec 1996, Ralevski 2014; 2 Brown 2006 ; 4 Aubin 2014, 5 Petrakis 2007, Franchitto 2014 (Dore 2011) 5Meszaros 2013, 6 Caputo 2011

- Troubles thymiques

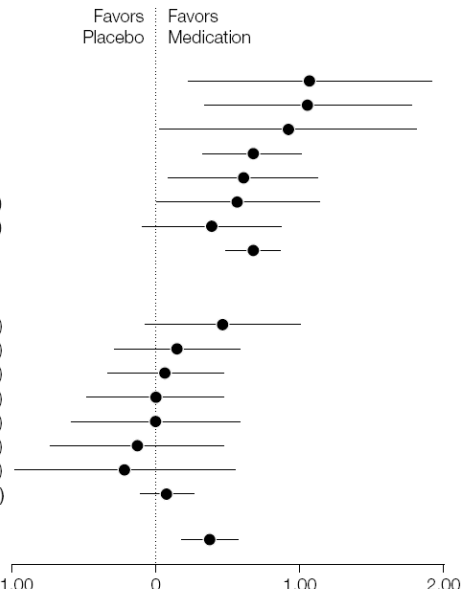
Effets des antidépresseurs

- Plusieurs études: 4 méta analyses [1,2,3,4]
- Effets significatifs des antidépresseurs vs placebo sur symptômes dépressifs chez patients TLUA
- Les études montrant une efficacité de l'antidépresseur sur la thymie montrent un effet sur la consommation d'alcool, efficacité ++ si idéations suicidaires
- Efficacité plus marqué si psycho-thérapie associée et si abstinence une semaine avant TTT
- SSRI meilleure tolérance
- Intérêt d'une approche pharmacogénétique
- intérêt d'associer un addictolytique[5]

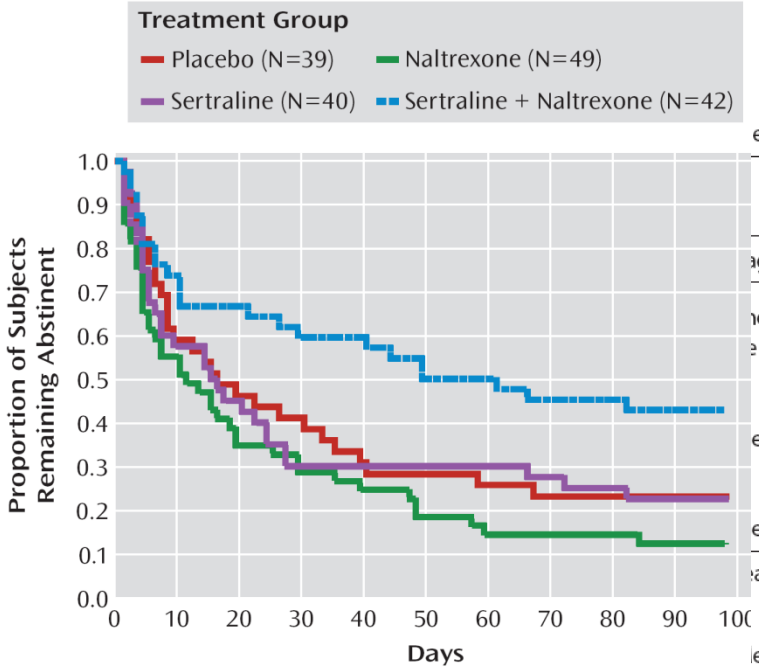
Effet sur dépression

Figure 1. Effect of Antidepressant Medication on Depression Scale)

Source	Sample Size, No.	Effect Size (95% CI)
Placebo Response <25%		
Altamura et al,[17] 1990	27	1.07 (0.23 to 1.92)
Roy,[18] 1998	36	1.06 (0.34 to 1.79)
Mason et al,[19] 1996	24	0.93 (0.04 to 1.82)
Nunes et al,[20] 1998	137	0.68 (0.33 to 1.03)
Nunes et al,[21] 1995	63	0.62 (0.09 to 1.14)
Cornelius et al,[22] 1997	51	0.57 (−0.00 to 1.15)
McGrath et al,[24] 1996	69	0.40 (−0.09 to 0.88)
Pooled	407	0.68 (0.49 to 0.88)
Placebo Response >25%		
Roy-Byrne et al,[23] 2000	56	0.47 (−0.08 to 1.02)
Moak et al,[25] 2003	82	0.15 (−0.29 to 0.59)
Carpenter et al,[26] in press	95	0.07 (−0.34 to 0.48)
Schmitz et al,[28] 2001	68	0.00 (−0.48 to 0.48)
Kleber et al,[27] 1983	46	0.00 (−0.59 to 0.59)
Petrakis et al,[29] 1998	44	−0.13 (−0.74 to 0.48)
Pettinati et al,[30] 2001	29	−0.21 (−0.99 to 0.56)
Pooled	420	0.08 (−0.11 to 0.27)
Overall	827	0.38 (0.18 to 0.58)



BIOL PSYCHIATRY 2004;56:785–792 787



ent of Co-occurring Depression and Alcohol Dependence (1994–2004)

Medications		Outcome Results	
age Daily Dose/No. Weeks		Depression (Med vs. Plac)	Drinking (Med vs. Plac)
ne	200 mg/24 weeks	Med > Plac	Med > Plac
e	260 mg/12 weeks	Med > Plac	Med = Plac
	20–40 mg/12 weeks	Med > Plac	Med > Plac
	100 mg/6 weeks	Med > Plac	Med = Plac
e	460 mg/12 weeks	Med > Plac	Med = Plac
	170 mg/14 weeks	Med = Plac	Med = Plac
	186 mg/12 weeks	Med > Plac[b]	Med = Plac[c]
e	413 mg/10 weeks	Med = Plac	Med > Plac

atment Group; Plac, Placebo Treatment Group.

ed than Plac Treatment Group.

Effet sur dépression

Effet sur conso alcool

1Nunes et Levin 2004, 2 Pettinati 2004, 3Torrens et al 2005, 4 Iovieno et al 2011, 5 Petinatti et al 2010,

- Troubles psychotiques [1,2,3,4]
  - intérêt des antipsychotiques seconde génération: sur conso (+/-) et dans stabilisation des troubles psychiatriques (efficacité idem à I génération mais meilleure tolérance en particulier /Dyskinesies Tardives +++ et action plus neutre sur circuit de la récompense)
  - Intérêt clozapine (case reports),
  - Associer traitements des TLU alcool: naltrexone, disulfiram, acamprosate, baclofene, nalmefene…

- Troubles de la personnalité [5]
  - Fréquents
  - Sur diagnostiqués / troubles psychiatriques
  - Meilleure réponse naltrexone pour cluster B (externalisation), acamprosate cluster C (internalisation)
  - Associés à Psychothérapies ++++

1 Azorin et al 2015, 2 San et al 2007, 3 Lalanne et al 2016, 4 Green et al 2005, 5 Rich and Martin 2014

• Troubles Bipolaires

Traitement	Trouble thymique	Intérêt dans réduction consommation	Intérêt trouble bipolaire	Référence
Lithium	BP I BPII	Li+>pcb +/-	Li+>pcb +/-	Geller et al 1998 RDA, pcb Dorus 1998 (457 veterans)
Valproate	BP I aigu	diminution consommation	amélioration thymique	Brady et al 1995
RECO APA 2006	BPI aigu Traités Li+	moins de jours d'alcoolisation	pas de ≠ entre les 2groupes	Salloum et al 2005 R, DA, PcbC
	BP	moins de jours alcoolisation		Sattar et al 2007
Lamotrigine	BP I BP II	Diminution (CDT) craving	amélioration troubles thymiques	Rubio et al 2006
Topiramate	BP résistants	efficacité contrastée		Guillle and Sachs 2002
Gabapentine	BP résistants	amelioration		Perugi et al 2002
Naltrexone add		réduction craving		Brown et al 2006, 2009
Quetiapine add 300 à 800mg	BPI Et II BPI	Réduction craving et conso Mais contrasté	Amélioration depression	Brown et al études 2003 2014
Aripiprazole 30mg	BP et coc	Réduction conso Réduction conso ++	amélioration thymique Association antidep	Brown et al 2005, Han 2013
Risperidone	BPI et II vs valpro	Pas de diff		Davis et al 2008
Olanzapine	BP vs valproa	Valproate >		Frye et al 2006

Pharmacothérapies recommandées CANMAT 2012

Pharmacologic treatment recommendations for mood disorders comorbid with SUDs

Substance	MDD	Bipolar disorder
Alcohol	*First choice:* Mirtazapine Add-on naltrexone or alone Add-on naltrexone to sertraline[a]	*First choice:* Add-on naltrexone
	Second choice: Add-on disulfiram	*Second choice:* Add-on lamotrigine or alone Add-on valproic acid or alone Add-on disulfiram
	Third choice: Valproic acid Amitriptyline Desipramine Imipramine Escitalopram Memantine	*Third choice:* Add-on gabapentin Add-on topiramate Lithium
	Not recommended: Fluoxetine[b] Lithium Sertraline Nefazodone (withdrawn from the market)	*Not recommended:* Add-on quetiapine or alone

Quelles psychothérapies pour les pathologies duelles?

"Keeping the Peace": Relevance of the Concept for Mental Health Nursing

Michelle Cleary, RN, PhD
University of Western Sydney, School of Nursing and Midwifery, Sydney, Australia

Phil Escott, BA
Sydney Local Health District Mental Health Service, Sydney, Australia

Garry Walter, MBBS, BMedSc, PhD
University of Sydney, Child and Adolescent Psychiatry, Sydney, and Child & Adolescent Mental Health Services, Northern Sydney Local Health District, Sydney, Australia

Jan Horsfall, PhD
Independent Research Advisor, Sydney, Australia

Debra Jackson, RN, PhD
Oxford Brookes University, Faculty of Health & Life Sciences, and Oxford University Hospital NHS Trust, Oxford, UK

Edited by
Mona M. Shattell, RN, PhD, FAAN
DePaul University, School of Nursing, Chicago, Illinois, USA

Edited by
Michelle Cleary, RN, PhD
University of Western Sydney, School of Nursing and Midwifery, Sydney, Australia

One only has to watch the evening news to witness the emphasis given to peacekeeping in war zones or international flashpoints and to appreciate the various resources that are directed towards preventing the (re)ignition of mass ethnic, religious, sovereignty, and economic disputes. Increasingly, acts of terrorism intrude upon and render unstable aspects of life that were once prosaic and predictable. Fear of such acts contributes to pessimism, exhaustion, and feelings of impotence, unease, and anxiety in persons and communities (Walker, 2006). In this column, we consider the potential contribution of mental health professionals towards ensuring feelings of community safety and

Conflict in its many forms is a normal part of life. There are various forms of conflict—some healthy and adaptive, and others escalating to acts of violence that cause irreparable harm to people and communities. "Peace" implies calm and stillness, harmony and serenity. Alternatively, it can simply denote a break or fragile interruption to brutality and barbarism, such as with a cease-fire. Peace can be defined as negative, positive, or unqualified; however, all three types involve the absence of violence (Pieper, 2008). "Negative peace" refers to the absence of significant relations with groups with whom there is likely to be antipathy and conflict; "positive peace" involves occasional cooperation, mostly for purposes that transcend the daily concerns of either party, and "unqualified peace" entails a pattern of ongoing interaction and cooperation (Pieper, 2008). Other definitions note that positive peace is a state of mutual respect, equality, and justice, in contrast to negative peace, which is the absence of war (Opotow, Gerson, & Woodside, 2005).

"Social peace" is defined by Gopin (2008) as a "condition within, or a relationship between, social groups that is characterized by high levels of harmony and accord and low

JAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING

REVIEW PAPER

Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review

Michelle Cleary, Glenn E. Hunt, Sandra Matheson & Garry Walter

ELSEVIER

Social Science & Medicine 60 (2005) 1371–1383

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials

Maria Donald[a,*], Jo Dower[a], David Kavanagh[b]

ALCOHOLISM: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH

Vol. 31, No. 4
April 2007

Treatments for Patients With Dual Diagnosis: A Review

Quyen Q. Tiet and Brent Mausbach

REVIEW

Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence

Jan Horsfall, PhD, Michelle Cleary, PhD, Glenn E. Hunt, PhD, and Garry Walter, MD, PhD

- De nombreuses publications
  - Études de qualités variables, peu d'études randomisées contrôlées
  - 6 revues entre 2003 et 2009
  - *Dumaine (2003), Drake et al (2004), Donald et al (2004), Tiet and Mausbach (2007), Horsfall et al (2009), Ley et al (2003) Cleary et al (2008)*

Critères variables de comparaison

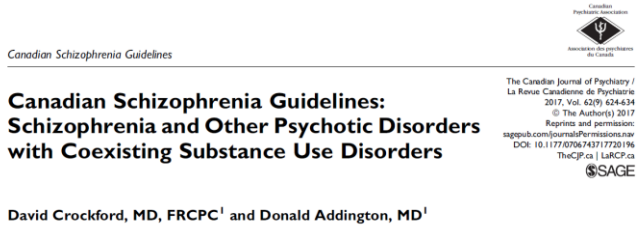
- Comparaison des psychothérapies spécifiques (TCC, EM) aux prises en charges classiques
- Comparaison des programmes intégrés aux programmes classiques

- Critères variables d'évaluation
  - Réduction de la consommation
  - Délais d'obtention abstinence et rechute
  - Maintien ds le programme de soin
  - Amélioration du trouble psychiatrique
  - Qualité de vie
  - Insertion, relation aux proches

Intérêt CBT, soins communautaires, integrés oui mais..

Troubles psychotiques+ Addictions: recommandations

43 Recommandations


Canadian Schizophrenia Guidelines

Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders

The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie
2017, Vol. 62(9) 624-634
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743717720196
TheCJP.ca | LaRCP.ca
SAGE

David Crockford, MD, FRCPC[1] and Donald Addington, MD[1]

1 . Attention à la peur de la stigmatisation (produit de la réticence aux soins)	
2. Promouvoir une relation durable, utiliser un langage clair, donner des informations claires sur le risques	
3. Associer les familles	
4. Traitements par des équipes spécialisées	
5. Protéger les enfants	
6. Traiter et surveiller les problèmes physiques	
7. Traiter le tabac	
8. Pharmacothérapies: APIIG, AAP	Traitement de l'addiction (alcool, THC, Co

Recommendation 42

Do not discharge adults and young people with psychosis and coexisting substance use disorders from an inpatient mental health service solely because of their substance use.

[Modified from NICE Guidelines (Strong)]

Quelles accompagnement psycho sociaux pour les pathologies duelles?

Réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale associe deux dimensions essentielles :

- un champ individuel, s'adressant à la personne et consistant à lui assurer un accès à des soins spécifiques afin d'optimiser ses ressources personnelles et d'entraîner ses habiletés cognitives et sociales

- un champ sociétal, consistant à oeuvrer de manière collective au développement des soutiens communautaires et à la diminution de la stigmatisation des maladies mentales

Rétablissement: c'est quoi

Rétablir, Se rétablir, (R)établir : un mouvement?

Le rétablissement est l'atteinte d'un niveau de satisfaction personnelle et de santé dans les différentes dimensions du fonctionnement de la personne (p59 Traité de N. Franck).

« *C'est pour cela que je prends de l'opium,*
C'est un remède. Je suis un convalescent du Moment
J'habite au Rez de Chaussée de la pensée
Et je suis las d'y voir passé la vie »
F Pessoa Anthologie des Hétéronymes

Patient / usager

Soignant / intervenant

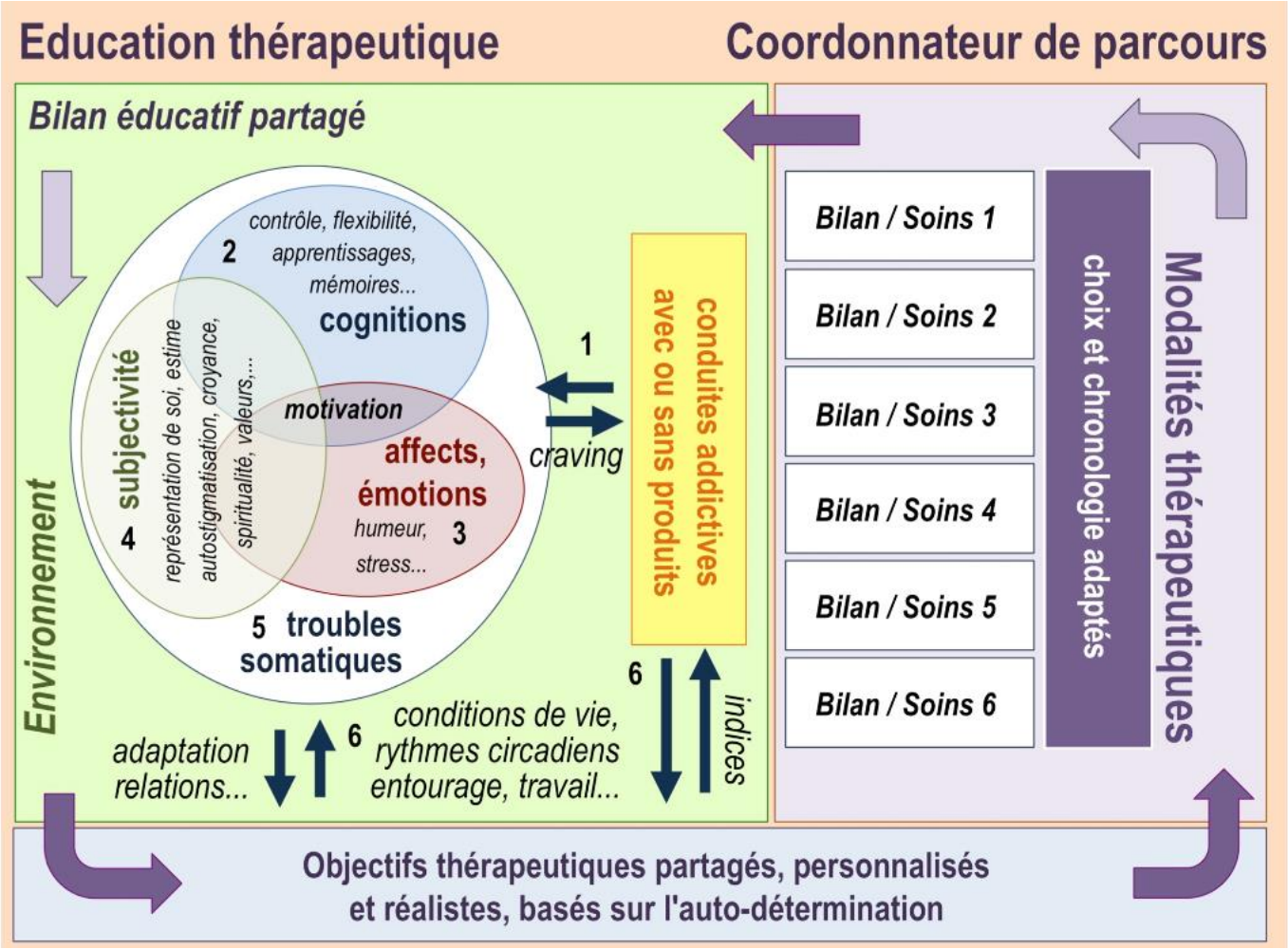
Symptômes / qualité de vie

Individus / communauté

Politique / Ethique

Le rétablissement n'implique pas une rémission des symptômes (E Peyron)

Comment le rétablissement? (M Dematteis/G Brousse)



Le parcours de soin suppose la coordination des acteurs

Quel acteur suis-je?

- Quel est mon niveau de connaissance?
- Qui sont les partenaires existants dans mon territoire?
  - Hospitaliers
  - CSAPA, CAARUD, Hébergement, travailleurs sociaux
  - ARS
- Quel tissu/ maillage ai-je avec eux?
  - Reunions? RCP?
  - Téléphones?
  - Plateformes?
  - Conventions?

Comment créer un réseau dans la filière afin d'accompagner mon patient dans le parcours?

De quel système de transmission d'information et de connaissance je dispose: Courriers, télémédecine, travailleur social accompagnant?

Qui accompagne le patient dans le parcours de soin?

Le bilan du patient au cœur du parcours

Bilan

- Faire alliance
- Bilan addictologique
- Bilan somatique
- Bilan psychiatrique
- Bilan social
- Bilan entourage
- Bilan hébergement
- Bilan justice

ressources

- Le patient
- Le médecin généraliste
- Les CSAPA
- Les spécialistes de ville (psychiatres, psychologues, Hépato Gastro, dentistes, sages femmes ….)
- Les pharmaciens
- Les soins hospitaliers somatiques
- Les urgences
- Les dispositifs hospitaliers addictologiques et psychiatriques
- Les SSR
- Les dispositifs de soins communautaire
- Les pairs aidants
- Les CAARUD
- Les dispositifs sociaux et d'hebergement
- Les paramédicaux

Conclusion

Addressing Substance Use in Psychiatric Care: An Old Problem With Renewed Urgency

Yaara Zisman-Ilani, Ph.D., M.A., William R. Smith, M.D., Ph.D., Nathaniel P. Morris, M.D.

Les patients souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie concomitants
reçoivent souvent peu ou pas de traitement