

## **TROUBLES BIPOLAIRES ET ADDICTIONS**

Damien FOUQUES ET Lucia ROMO

Psychologues cliniciens, maîtres de conférences à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense

### **INTRODUCTION :**

Les deux intervenants se présentent :

Lucia Romo est psychologue clinicienne. Elle enseigne à l'Université et consulte à l'hôpital Louis Mourier de Colombes, dans l'unité d'addictologie du service de psychiatrie du Pr Adès. Elle va également rejoindre prochainement la CMME, à Ste-Anne pour s'occuper des addictions à l'alcool dans le service du Pr Rouillon (activité exclusivement publique). Elle travaille donc depuis des années sur le thème des addictions, avec ou sans substance.

Damien Fouques anime ce soir sa 3<sup>ème</sup> conférence pour Argos 2001 (après le thème des TCC et des groupes de psychoéducation). Il est également psychologue clinicien et se consacre, à l'heure actuelle, exclusivement à la recherche à l'université. Il a travaillé, essentiellement, au cours de sa carrière en psychiatrie adulte. Il a débuté en service d'addictologie et s'est intéressé à cette occasion aux troubles bipolaires. Il a travaillé pendant 5 ans dans le service de psychiatrie de Pr Leboyer à Créteil, s'occupant des prises en charge psychologiques : TCC et psychoéducation.

**Remarque : Ce qui apparait en italique et en bleu est issu du diaporama de M Fouques et Mme Romo**

L'exposé sera articulé selon le plan suivant :

- \* *Qu'est-ce qu'une addiction?*
- \* *Co occurrence avec les troubles BP*
- \* *Évaluation des addictions*
- \* *Les modèles explicatifs*
- \* *Les prises en charges*

(Sur ce dernier point, D. Fouques précise qu'en tant que psychologues et non médecins, ils n'ont pas la compétence pour traiter des aspects médicamenteux et se limiteront aux prises en charge psychologiques).

### **I QU'EST-CE QU'UNE ADDICTION ?**

Aujourd'hui, c'est le terme d'addiction qui domine. Jadis, on parlait d'alcoolisme, de toxicomanie, de tabagisme, etc. finalement, dans les années soixante-dix, sous l'impulsion de quelques auteurs, on a préféré un terme global qui n'était pas lié au produit ou à la substance.

➤ **Définition :**

- \* « *Ad-Dicere* » : « *dire à* » (un maître) : « *contrainte par corps* » (vocabulaire juridique français, puis revenu sous forme d'un anglicisme).

C'est l'idée que l'on ne peut pas faire autrement que de consommer de l'alcool ou du cannabis, que de se faire vomir, jouer, ou faire des achats. Ce qui compte ce n'est pas tant le produit ou le comportement que le fait que l'on ait perdu la capacité de ne pas y recourir.

Finalement, on peut être addict à n'importe quoi.

En plus, malheureusement, certaines addictions plus que d'autres, souffrent d'une représentation particulière. Pour certains, l'alcoolisme n'est pas une maladie : c'est un défaut, un vice, un manque de volonté. Les soignants luttent contre cette idée : les addictions, comme les troubles de l'humeur constituent des maladies. Et qui dit maladie dit traitement.

➤ Voilà **la définition la plus globale possible**, qui s'applique à tout type d'addiction :

- \* « *Répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à un comportement recherchés et consommés avec avidité* » (Pedinelli, Rouan, Bertagne).

Il y a addiction lorsque la recherche du plaisir qui existe au départ devient un besoin et pose problème.

➤ **Les critères de l'addiction :**



## CRITERES DE GOODMAN

- A- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement
- B- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C- Plaisir ou soulagement pendant sa durée
- D- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
- E- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
  - 1- Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation
  - 2- Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
  - 3- Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
  - 4- Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre
  - 5- Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales
  - 6- Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement
  - 7- Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique
  - 8- Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
  - 9- Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner à ce comportement
- F- Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue

Ces critères ont été élaborés dans les années 90 pour pouvoir définir toutes les addictions, avec ou sans substances.

- La notion de perte de contrôle est très importante. Cela signifie que lorsque l'on commence à boire et que l'on a un problème d'alcool, on ne peut pas s'arrêter, id lorsque l'on commence à jouer ou à acheter: faute de pouvoir arrêter on s'endette.

Autre notions importantes :

- la tolérance c.à.d. le fait d'avoir besoin de plus en plus de temps à consacrer à l'activité incriminée ou de quantité de plus en plus importante de substance (alcool par exemple) pour réussir à obtenir le même effet.
- L'irritabilité ou agressivité ressentie en cas d'empêchement faute d'obtenir le soulagement recherché.

Tous ces critères doivent correspondre à une période où on ne peut pas les expliquer par un autre trouble. On ne peut pas, par exemple, diagnostiquer l'addiction lors d'un épisode maniaque.

### ➤ Addiction avec ou sans substances

Premier cas de figure : les personnes qui ne consomment pas, qui sont complètement abstinentes.

Deuxième situation : les personnes qui consomment sans avoir de problème c.à.d. la majorité : une minorité des français ont un problème avec l'alcool ou avec les jeux de hasard et d'argent. Alors qu'1 français sur deux joue, la prévalence du jeu pathologique est de 1 à 4% de la population. Il ne s'agit donc pas de supprimer tous ces jeux mais de savoir détecter et traiter les personnes vulnérables.

Troisième situation : la consommation problématique où il convient de différencier :

- \* *Consommation excessive*
- \* *Abus*
- \* *Dépendance :*

La consommation excessive ou à risque (sans abus ou dépendance) recouvre par exemple les femmes buvant pendant la grossesse ou les automobilistes qui prennent de l'alcool avant de prendre le volant.

La notion d'abus : pour l'alcool par ex cela consiste non pas à boire tous les jours mais à boire de grandes quantités une à deux fois par semaine, mettant sa santé en danger.

Enfin la notion de dépendance désigne un comportement répété dans la durée avec un syndrome de manque en cas d'arrêt brutal.

Classiquement, la personne dépendante à l'alcool (dépendance physique) est celle qui, si elle ne boit pas le matin, au lever, a des tremblements. Il est alors très dangereux de se sevrer brutalement : risque de délirium trémens (surtout si la quantité d'alcool est très importante). Il faut absolument un suivi médical qui va permettre, grâce à traitement médicamenteux, d'éviter la crise d'épilepsie.

➤ Ex : recommandation pour l'alcool sans risque (OMS)

- \* *Femmes :*
  - \* *2 conso/ jour maximum*
  - \* *Pas plus de 4 en une fois*
  - \* *Pas du tout pendant grossesse*
- \* *Hommes :*
  - \* *3 conso/jr maximum*
  - \* *Pas plus de 5 en une fois*
- \* *Tous :*
  - \* *Au moins un jour par semaine sans alcool*

Précisions :

- on ne peut pas cumuler et faire la moyenne...
- Les normes pour les hommes sont plus élevées car ils supportent mieux l'alcool ce qui est loin d'être une bonne chose : ils auront besoin de quantités de plus en plus grandes.
- On considère que les verres d'alcool sont uniformisés, tels qu'on les sert dans un bistrot : 1 verre de vin représente la même quantité d'alcool qu'une bière ou qu'un verre de whisky ou autre alcool fort. Par contre on sait (et on en tient compte en consultation) qu'une personne qui boit chez elle a une consommation plus importante que celle qu'elle aurait en allant au bistrot.

L'idée de ces recommandations est d'établir une consommation sans risque tant pour la santé physique (foie, système cardio-vasculaire) que psychologique : ces normes permettent d'éviter de développer une dépendance.

➤ Généralité sur les addictions :

Elles sont très nombreuses : aux produits : alcool, drogues, la dépendance au travail, sexe, jeux vidéo, Internet, jeux de hasard... Les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie) sont considérés par certains comme des addictions.

Les premières études ont porté sur l'alcool (d'où beaucoup d'exemples).

## II LES LIENS ENTRE TROUBLES BIPOLAIRES ET ADDICTIONS

➤ Prévalence trouble bipolaire et addiction

- \* *Différentes études :*
  - \* *- population générale*
  - \* *- consultants pour addiction*
  - \* *- consultants pour trouble bipolaire*
- \* *Données complexes*

Au niveau épidémiologique (nombre de personnes concernées par un trouble), les données sont très différentes suivant la population sur laquelle porte l'étude : population générale (à partir de sondage), personnes qui consultent pour une addiction chez lesquelles on recherche un TB, et,

enfin, l'inverse (personnes qui consultent pour un trouble de l'humeur chez lesquelles on recherche une addiction). Du coup, il est très difficile de se retrouver face à ces différents résultats. L'intérêt de ces études, au-delà de savoir combien de personnes sont concernées, c'est d'expliquer pourquoi ces deux troubles surviennent en même temps, pendant ou l'un après l'autre.

Tout cela explique la grande disparité du taux de prévalence :

- \* *25 à 60% des patients souffrant de troubles bipolaires ont les critères d'au moins un trouble lié à l'abus de substance au cours de leur vie » (Le Strat, 2010).*

Les addictions concernent potentiellement beaucoup de patients bipolaires : au minimum, 1 sur 4. En effet, on sait que, parmi toutes les pathologies psychiatriques, ce sont les TB qui présentent la plus grande fréquence d'addictions.

A titre d'exemple, chez une population de patients qui consultent pour un problème d'alcool, la part de ceux qui souffrent de TB varie selon qu'il s'agisse d'abus ou de dépendance :

- \* *Abus : même taux de troubles BP I et II en population générale qu'en population clinique*
- \* *Dépendance : risque de présenter*
  - \* *Trbl BP II : x 3,1*
  - \* *Trbl BP I : x 4*

Alors que l'abus ne représente pas de spécificité par rapport au TB, la dépendance augmente le risque par 4 de souffrir d'un BP I (et par 3 pour le TB II)

Beaucoup d'études sur les patients bipolaires montrent que les femmes sont plus vulnérables que les hommes au risque de développer une addiction à l'alcool.

- \* *Double diagnostic en population clinique :*
  - \* *Risque de développer une dépendance à l'alcool deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (biais?)*

Cette surreprésentation s'explique peut-être par le biais suivant : ces études sont faites chez des personnes qui consultent et on sait que les femmes consultent plus que les hommes. Elles sont plus à même (statistiquement parlant) de reconnaître qu'elles ont des difficultés psychologiques et à demander de l'aide. Il faut donc être prudent sur cette donnée.

Cependant, toutes les études montrent qu'il y a une co-occurrence fréquente des deux troubles :

C.à.d. que ses deux troubles apparaissent souvent ensemble avec comme caractéristiques pour l'addiction :

- \* *Quand les deux troubles sont présents :*
  - \* *Plus grande sévérité de l'addiction*
    - \* *plus souvent dépendance qu'abus*
    - \* *plus de poly consommations*

*(ex de poly consommations : alcool – tabac ou alcool – cannabis)*

Lorsque les 2 troubles sont ensemble, non seulement cela aggrave l'addiction mais encore le trouble bipolaire :

➤ Impact de l'abus de substance sur le TB

- \* *Facteur de mauvais pronostic*
  - \* *Plus d'hospitalisations, d'états mixtes, d'anxiété*
  - \* *Risque suicidaire augmenté*
  - \* *Moins d'adhésion au suivi médical et psychologique*
  - \* *Moins bonne réponse aux médicaments*

Rem : Ce sont les principales conséquences.

Les états mixtes : présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs.

Il y a beaucoup moins d'études sur l'impact du TB sur le trouble addictif.

Mais on peut remarquer :

- \* *Globalement*
  - \* *Augmentation de la consommation*
  - \* *Des idées suicidaires*
  - \* *Comportement violents*
  
- \* *Mais : faux pour les troubles thymiques secondaires (alcool)*

Les troubles thymiques secondaires sont ceux qui apparaissent après le trouble addictif. C'est moins grave qu'un trouble addictif qui apparait au même moment qu'un trouble de l'humeur ou après. C'est une donnée scientifique : avoir une alcoolo-dépendance avant un TB entraîne moins de complications que le schéma inverse. Ce ne sont que des données statistiques.

➤ Les errances diagnostiques

Par ailleurs, l'un des gros problèmes des TB, c'est le retard au diagnostic :

- \* *Retard au diagnostic : **8 à 10 ans***
- \* *Cause : errances diagnostiques*
- \* *Nombre de spécialistes de santé mentale consultés avant qu'un diagnostic exact ne soit posé : entre 3 et 4*

Ce sont des moyennes. Ces errances diagnostiques sont dues à la complexité du TB, à certaines formes qui peuvent être trompeuses :

- \* *69 % de patients bipolaires sont mal diagnostiqués et reçoivent en moyenne 3,5 diagnostics incorrects (Hirschfeld et al., 2003).*

Parmi ces diagnostics incorrects, on trouve :

- \* *trouble unipolaire (60% des cas)*
- \* *anxiété (26%),*
- \* *schizophrénie (18%)*
- \* *trouble de la personnalité du cluster B : antisociale, borderline ou histrionique (17%)*
- \* ***mésusage d'alcool (14%)***

*d'après Hirschfeld et al, 2004, sur une cohorte de 400 patients*

La confusion avec le trouble unipolaire est fréquente : lorsque le 1<sup>er</sup> épisode est une dépression, il n'y a pas lieu d'évoquer la manie ou, pour un bipolaire de type II, une faible excitation ou une petite insomnie peut passer inaperçue.

Dans 14% des cas, le TB est confondu avec un problème d'alcool. Même si ce n'est pas la principale source d'erreur, ce n'est pas négligeable.

S'il y a eu beaucoup de recherches pendant des années sur les addictions avec substances (alcool, cannabis, etc.), il y en a eu beaucoup moins sur :

➤ Les addictions comportementales :

- \* *Encore très peu étudié*
  - \* *158 patients souffrant de trouble BP/ témoins (Di Nicola et al, 2010)*
- \* *Addiction comportementale : 33% vs 13% :*
  - \* *Jeu pathologique*
  - \* *Achats compulsifs*
  - \* *Addiction sexuelle*
  - \* *Addiction au travail*

Par jeu pathologique, on entend jeux de hasard et d'argent (poker...).

On peut rajouter les TCA (troubles du comportement alimentaire), l'addiction aux jeux vidéo et à Internet.

Cette étude récente montre qu'un tiers des patients bipolaires souffrent d'une addiction comportementale (contre 13% de la population générale).

Alors que l'alcoolisme grâce à certaines campagnes d'information est de plus en plus considéré comme une maladie, les jeux pathologiques sont encore largement taxés de vice. De même pour les achats compulsifs qui concernent surtout les femmes : elles sont qualifiées de dépensières sans que l'on pense que cela puisse relever d'un véritable problème.

### III EVALUATION DES ADDICTIONS

- \* *Difficile car :*
  - \* *Grande variabilité individuelle*
  - \* *Difficulté d'avoir des informations précises sur les comportements addictifs*
  - \* *Quel est le trouble primaire?*
  - \* *Risques de confusions car :*

Cette grande variabilité individuelle tient au fait que parfois quand une addiction s'améliore, une autre apparaît, ou, lorsque 2 addictions surviennent en même temps, l'une prend plus de place ou une troisième apparaît. Alcool, tabac et cannabis sont très souvent associés.

Par « informations précises », on entend les quantités précises d'alcool, temps passé à jouer ou celui consacré à Internet (en dehors du travail)... On recherche également à retracer l'histoire de l'addiction.

Savoir quel est le trouble primaire est important pour le traitement. En présence d'une dépendance à l'alcool et d'une dépression, par exemple, on commence par un sevrage avant de réévaluer les troubles dépressifs. S'ils ont disparu après 3 ou 4 semaines, c'est qu'ils étaient postérieurs à l'addiction, l'alcool étant dépressogène. Par contre, si la dépression persiste, cela signifie qu'elle était le trouble primaire et que les antidépresseurs sont nécessaires.

### D'où le risque de confusion trouble de l'humeur et dépendance à l'alcool

Au début, il peut permettre de palier la dépression et se révèle finalement dépressogène :

- \* *L'alcool génère des symptômes dépressifs*
- \* *Des signes de dépression importants peuvent suivre une période de consommation longue*
- \* *Les consommations peuvent s'élever pendant les épisodes (surtout en manie) ...*

### Ex : l'effet pervers de l'alcool

- \* *A court terme : désinhibe, désangoisse, euphorise*
- \* *A long terme : TOUT L'INVERSE : angoisse et déprime*

Effet pervers car après un certain temps, on ne fait plus le lien entre le trouble premier, la consommation d'alcool et les problèmes de dépression ou d'angoisse qui en résultent. Le patient consulte par exemple pour phobie sociale, c.à.d. un problème anxieux. On découvre à cette occasion un trouble addictif. Le patient risque de l'accepter difficilement car il n'était pas venu consulter pour ce motif.

### Les outils utilisés pour l'évaluation des addictions :

Ex pour l'alcool, addiction la plus fréquente :

## Alcool (questionnaire DETA)

- \* *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?*
- \* *Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?*
- \* *Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?*
- \* *Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme?*

Ce questionnaire est fait pour dépister les problèmes d'alcool. Il devrait être systématiquement utilisé par les médecins généralistes : outil de dépistage simple et rapide.

Une réponse positive permet d'évoquer un possible problème d'alcool. Deux réponses positives signifient que la personne a probablement une dépendance à l'alcool.

(Tous ces questionnaires sont disponibles sur le site Internet de l'INPES.)

Le questionnaire suivant, pour le tabac, comprend 2 items et permet de savoir, en fonction du score, s'il y a dépendance moyenne, forte ou très forte :

## Tabac (Test de Fageström)

- \* Fumez-vous ?       Oui    Non
- \* Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?
  - \*  Dans les 5 minutes       de 6 à 30 minutes    de 31 à 60 minutes       Plus de 60 min
- \* Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
  - \*  10 ou moins       de 11 à 20       de 21 à 30  
 31 et plus

Même chose pour le cannabis : Une liste de questions très simples qui permettent le dépistage.

Par contre, on ne porte jamais un diagnostic à ce moment-là : il sera établi après un ou des entretiens avec le patient :

## Cannabis (CAST)

- \* **Au cours de votre vie :**
- \* Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- \* Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
- \* Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
- \* Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
- \* Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...)?
- \* Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

# Jeu pathologique

- \* Au cours des 12 derniers mois :
- \* Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
- \* Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?
- \* Etes vous retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?
- \* Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
- \* Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?
- \* Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?
- \* Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?
- \* Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ?
- \* Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?
- \*

Ce questionnaire, très utilisé au Canada, donne 3 scores : pas de problème ou pratique de jeux à risques ou problème de jeu pathologique

Les achats pathologiques représentent une addiction méconnue, sous-diagnostiquée et peu traitée

## Achats pathologiques (questions)

- \* Avez-vous des problèmes pour vous contrôler quand vous faites des achats ?
- \* Vous sentez-vous coupable quand vous avez acheté ou dépensé plus que ce que vous aviez planifié, ou quand vous achetez des objets qui ne sont pas nécessaires ?
- \* Avez-vous déjà essayé une fois de ne pas acheter sans y parvenir ? Avez-vous utilisé un prêt ou un crédit pour faire des achats ou payer vos dettes ?
- \* Avez-vous caché ou menti sur le prix de ce que vous avez acheté pour éviter des critiques de votre famille ?

# Jeux vidéo / Internet

- \* **Temps +++** de jeu en ligne ou sur console
- \* **L'effet procuré diminue progressivement**
- \* Après plusieurs jours à un mois d'arrêt ou de réduction du jeu en ligne ou sur console, vous ressentez : de **l'agitation, de l'anxiété, une irritabilité ...**
- \* Jouer **presque tous les jours**, plus longtemps ou plus souvent, que ce que vous avez initialement prévu ?
- \* **Désir permanent de jouer et des efforts sans succès pour diminuer ou contrôler le jeu ?**
- \* Une **grande partie de votre temps libre** est passée dans des activités concernant le jeu en ligne ou sur console (la préparation du jeu, le jeu en lui-même ... ) ?
- \* Vos **activités sociales, professionnelles ou vos loisirs, sont réduits** ou abandonnés à cause du jeu ?
- \* **Le jeu, persiste malgré la prise de conscience des problèmes** sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents ?

Les questionnaires ne suffisent pas. Il faut en plus :

- \* *Entretiens approfondis avec le spécialiste,*
- \* *qui peut s'aider des différents outils*
- \* *Relation de confiance indispensable*

## IV LES MODELES EXPLICATIFS LIEN ENTRE TB ET ADDICTIONS

Il s'agit de comprendre pourquoi leur association est très fréquente.

- \* *Plusieurs hypothèses*
  - \* *Facteurs de risques communs (notamment génétiques)*
  - \* *Automédication*
  - \* *Addiction = un symptôme de la maladie bipolaire*
- \* *Biais méthodologiques*

Concernant la première piste, les dernières études génétiques montrent qu'il n'y a pas de facteurs de risques génétiques communs.

L'hypothèse de l'automédication n'est pas non plus satisfaisante car très souvent le TB et l'addiction apparaissent au même moment (en cas d'automédication, l'addiction serait postérieure). De plus, on remarque des phénomènes assez contre-intuitifs. Pour la cocaïne, par exemple, il serait logique de penser qu'elle soit prise en cas de dépression pour « booster ». Les études montrent au contraire que les patients bipolaires prennent cette drogue en fin de phase maniaque pour rester dans cet état.

Enfin, certains ont considéré que l'addiction était un symptôme du TB. Argument qu'il convient de réfuter pareillement. Ce sont des pathologies différentes, qui ont certains traits communs mais qu'on ne peut pas mêler : beaucoup de bipolaires n'ont pas de problèmes d'addiction et réciproquement, beaucoup de personnes souffrant d'addictions ne présentent pas de troubles de l'humeur.

De plus, dans toute recherche, il existe des biais, des facteurs non maîtrisés.

C'est pourquoi, il n'y a aucune certitude et on continue à chercher à approfondir le lien TB – addictions. Ces hypothèses, qui ont été très à la mode à une époque, n'ont pas été validées complètement. On s'intéresse maintenant aux mécanismes de la communication cérébrale et les données sont plus prometteuses pour expliquer ce lien :

- \* *Plus prometteur : mécanismes neurobiologiques communs impliqués*
  - \* *Baisse de la sensibilité à l'alcool durant la manie : risque « addictogène » plus fort.*
  - \* *Perturbation du « système de récompense » au niveau cérébral*

On a constaté avec des études d'imagerie cérébrale qu'en phase maniaque par exemple, le cerveau se modifie et devient moins sensible à l'alcool. Les récepteurs du plaisir étant moins disponibles, pour ressentir du plaisir, il faut de plus grande quantité. Le mécanisme addictif se met en place : « plus il faut, plus on en redemande, plus on risque de devenir dépendant ».

Ceci est en lien avec des anomalies du système de récompense (c.à.d. le fait de ressentir du plaisir lorsque l'on fait une action donnée) : il en faut plus pour obtenir le même plaisir.

Cette dernière piste est la plus prometteuse dans la recherche d'un modèle explicatif car ce mécanisme baisse de la sensibilité – augmentation de la stimulation est véritablement commun aux patients souffrants de TB comme aux patients addicts.

## **V LES PRISES EN CHARGE**

### ➤ **Généralité :**

- \* *Il faut traiter les deux troubles*
- \* *Pertinence de l'hospitalisation*
  - \* *Sevrage, ré équilibrage des médicaments, ...*
- \* *Aspects médicamenteux (non traités ici)*
- \* *Aspects psychothérapeutiques*

Faut-il traiter un trouble avant l'autre ? faux problème : il faut traiter les deux. D'autant plus que, généralement, le patient consulte pour des difficultés et au bout d'un moment, le médecin se rend compte qu'il y a un trouble de l'humeur puis, 6 mois après qu'il y a également une dépendance. Ou l'inverse : consultation pour un problème d'alcool puis sevrage après lequel on s'aperçoit que l'humeur continue à varier : une fois les 2 pathologies repérées, on traite les 2.

Pour le traitement en phase aigue, l'hospitalisation peut être utile car le fait d'arrêter les produits consommés a des implications neurochimiques qui nécessitent un rééquilibrage des traitements.

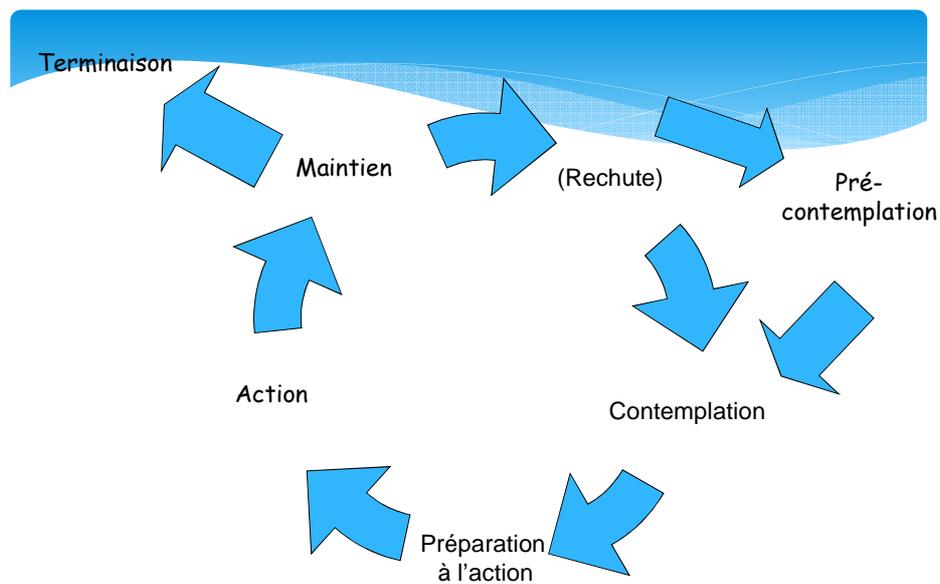
Le problème en cas d'addictions comportementales est qu'il est très difficile d'hospitaliser quelqu'un (motif insuffisant). Cela empêche d'étudier leur mécanisme.

Les aspects médicamenteux relèvent des psychiatres qui ont des guides indiquant les traitements à privilégier en cas d'addiction. Seuls seront abordés ici les aspects psychothérapeutiques :

➤ **Où en est le patient par rapport à son (ses) addiction(s) ?**

Depuis une dizaine d'années, s'est produit un changement radical dans les pratiques médicales et psychologiques : la fin du discours « moralisateur » qui en tentant de convaincre la personne de mettre fin à son addiction activait ses défenses et lui donnait envie de continuer.

Cette évolution a été possible notamment grâce aux travaux de 2 chercheurs : Prochaska et DiClemente qui se sont intéressés aux différents stades du changement par rapport à un comportement problème :



Les stades de changement du Modèle transthéorique  
(Prochaska, DiClemente)

**Exemple avec l'alcool :**

- **La phase de pré-contemplation** : un patient hospitalisé en service de gastro-entérologie pour une pancréatite aiguë liée, comme le montrent les résultats sanguins, à l'alcool. Après l'avoir traité sur le plan somatique, le médecin aborde avec lui le problème de l'alcool. Il répond alors qu' « il n'a aucun problème d'alcool, il n'en boit jamais, ne boit que du vin ». Il y a pré-contemplation lorsqu'il y a un problème mais que le patient n'en a pas conscience (avant on disait qu'il était dans le déni) : chercher à le convaincre qu'il y a un problème n'a aucune chance de marcher. Il faut du temps. Les médecins ne peuvent pas faire grand-chose à part donner de l'information.
- **Dans la phase de la contemplation**, on observe une ambivalence entre les désagréments (le coût de l'alcool, la perte du permis de conduire...) et le plaisir retiré de la consommation, ambivalence sur laquelle, sur le plan psychologique, on va pouvoir travailler.
- **La préparation à l'action** : une fois que l'ambivalence est résolue (les avantages liés à l'alcool sont dérisoires par rapport à tous les inconvénients), la personne décide d'arrêter de boire.

Elle discute avec son médecin ou psychologue, envisage de faire une cure ou prendre tel traitement...

- Phase de l'action : Cure ou sevrage... Rien n'est gagné à ce stade : ce qui est difficile est de ne pas reprendre. D'où une dernière phase :
- Le maintien : tout un travail psychologique est fait pour maintenir l'abstinence.

Après, soit le problème d'addiction est réglé, soit la personne rechute. On sait aujourd'hui que, dans le traitement des addictions, on y arrive rarement du premier coup, qu'il faut plusieurs tentatives.

Ce modèle est important car, en fonction du stade où en est le patient, on ne va pas lui proposer la même chose. Proposer un sevrage à quelqu'un qui se trouve dans la phase de pré-contemplation, c.à.d. qui n'a pas conscience du problème, n'a aucune chance de marcher. Ce n'est pas le médecin ou spécialiste qui décide : cela se construit avec le patient en fonction du stade de perception de son problème.

A partir de ce modèle, une nouvelle approche a vu le jour. Elle est beaucoup utilisée et donne de bons résultats :

### ➤ **L'entretien motivationnel**

- \* *Méthode et attitudes plus qu'une technique*
- \* *Centrée sur le patient, dans le champ de la relation*
- \* *Objectifs : conduire le patient à favoriser, à accroître la motivation au changement*
- \* *Buts : motivation intrinsèque au changement*
  - \* *Par exploration des discordances (entre le désir et le comportement, entre l'intention et ce qu'on fait)*
  - \* *Résolution de l'ambivalence*
  - \* *Améliorer l'approche clinique des patients résistants*

Il s'agit de parler aux personnes souffrant d'un problème d'addiction de manière adaptée. Les maladies addictives sont des maladies chroniques avec une tendance à la rechute.

Dans l'entretien motivationnel, le médecin ne se positionne pas comme un expert mais opte pour le champ de la relation, de la collaboration, afin d'inciter le patient à un changement.

Le but est d'amener le patient à développer une motivation intrinsèque (par opposition à la motivation extrinsèque, c.à.d. extérieure à la personne : menace de quitter une personne alcoolique si cette dernière ne consulte pas). Les 2 types de motivation sont importants mais la pression extérieure ne suffit pas pour aboutir à un changement.

L'entretien motivationnel au cours des différents stades :

Au stade de pré-contemplation, le médecin ou psychologue va chercher, au cours de l'entretien motivationnel, à faire un état des lieux : voir comment se passe la journée d'une personne souffrant d'alcoolisme (lever tardif, retard, oublis, manque de concentration au travail, disputes avec l'entourage...) et relever ce qui ne va pas. Il s'agit de trouver des failles sur lesquelles travailler. Cela peut prendre du temps.

Cette nouvelle approche permet aujourd'hui de s'occuper de personnes qui ne sont pas du tout motivées, dont celles qui sont en obligation de soins.

Au stade de la contemplation, la personne commence à être ambivalente. On va l'aider à répertorier les arguments favorables à l'arrêt et ceux qui ne le sont pas (balance décisionnelle) et évaluer la force de chacun.

Au stade de la préparation à l'action, le travail du thérapeute consiste à donner beaucoup d'informations (sur les différentes techniques, les centres, les groupes néphalistes... afin de permettre la prise de décision et action (consultation, hospitalisation, sevrage ou réduction de la consommation ...).

### ➤ **Sevrage ou consommation contrôlée ?**

Ce sujet fut beaucoup étudié dans les années 70. L'objectif idéal est l'arrêt complet mais un certain nombre de personnes, surtout les jeunes qui ont encore une vie sociale développée, souhaitent seulement réduire la consommation : l'entretien motivationnel va permettre de négocier, définir ensemble leur objectif, tout en rappelant qu'en présence d'une dépendance, si l'on n'arrive pas à contrôler la consommation, il faut alors envisager l'abstinence.

## Programmes de consommation modérée en TCC (Sobell et Sobell)

- \* Entraînement aux habilités sociales
- \* Techniques d'autocontrôle
- \* Diversification (boissons non alcoolisées)
- \* Planification de la consommation de la semaine
- \* Conseils de modération, d'éviter des alcools trop forts, l'ingestion prolongée...
- \* Contrôle de l'alcoolémie
- \* Auto-enregistrement de la consommation
- \* Discussion régulière des objectifs
- \* Ces programmes s'adressent à des personnes jeunes, sans dépendance médicamenteuse; avec une situation professionnelle stable; sans grande dépendance physique ou de graves problèmes psychiatriques

Ce programme cherche à définir une limite individuelle (savoir qu'il faut s'arrêter à tant de verre car après il y a une perte de contrôle) et met l'accent, comme pour toute addiction, sur l'auto-observation : il faut être capable de noter précisément le nombre de verres d'alcool consommés (dès qu'on commence à noter, on commence à modifier le comportement).

Par la suite, pour les personnes qui ont réussi à arrêter, on peut leur proposer d'intégrer un :

### ➤ **Les groupes de prévention de rechute TCC (alcool)**

- \* *Les envies de boire*
- \* *Les situations à risque*
- \* *L'affirmation de soi*
- \* *La technique de résolution de problèmes*
- \* *La gestion de la colère*
- \* *Un plan d'urgence en cas de rechute*
- \* *Les réseaux de socialisation et les loisirs*

Ce sont les principaux thèmes de ces programmes (6 à 10 séances), qui s'appuient également sur l'effet groupe (une douzaine de participants).

#### **Les modalités :**

- \* *Les évènements depuis la dernière séance (entre autres, la prise de produits)*
- \* *Exercices prévus*
- \* *Présentation des objectifs de la séance*
- \* *Thème abordé, jeux de rôles, discussion, modeling..*
- \* *Exercices à effectuer pour la prochaine séance*
- \* *Bibliothérapie (document remis aux participants)*
- \* *Bilan de la séance, commentaires...*
- \* *Le groupe peut élaborer un matériel de travail*

#### **Exemple séance 1 : les envies de boire:**

- \* *Travail sur la réalisation d'une liste de déclencheurs.*
- \* *Quelles sont les pensées, les comportements et les sentiments associés aux situations ?*
- \* *Stratégies pour « faire face » à ces envies : Souvenirs des méfaits, téléphoner à quelqu'un ; distraction ; différer les décisions...*
- \* *« surfer » sur les envies*
- \* *Définir un plan centré sur les envies*

### ➤ **Groupes de familles**

- \* *Ces groupes s'inscrivent dans l'accompagnement des patients, dans la prise en charge globale car les changements (abstinence, réduction de la consommation) amènent à des remaniements du fonctionnement familial.*
- \* *Ce type de groupe:*
  - \* *- peut inciter au changement même dans les prises en charge unilatérales;*
  - \* *- aide le conjoint ou proche à faire face; - aide au maintien de l'abstinence.*

Faire participer les familles est toujours compliqué : les personnes souffrant d'addictions sont souvent isolées : conflits, violence, colère, (dettes)... Mais aider la famille favorise la prise en charge du patient.

Ce type de groupe reste ouvert aux patients : ils doivent pouvoir entendre ce qui est dit aux familles.

Dans ce type de groupe, on va insister sur les manifestations somatiques (c'est une maladie) et sur la souffrance : elle est partagée par la famille comme par le patient :

## Exemple de séance du groupe de famille :

- \* Dépendance à l'alcool : l'enjeu de tous les jours
  - \* manifestations somatiques
  - \* conviction d'être pris dans un engrenage
  - \* absence de plaisir / souffrance ⇒ **ces souffrances sont partagées par la famille**
  - \* autres problèmes (TS, séparation, problèmes avec la justice, hospitalisations répétées, accidents, problèmes de santé, autre dépendance...)

## ➤ Groupes néphalistes :

- \* *Groupes d'anciens buveurs, joueurs etc... (sur la base du modèle des A. A)*
- \* *Sans professionnels*
- \* *Complémentaires à la prise en charge institutionnelle : (patients, couples, enfants...)*

Ce sont les Alcooliques Anonymes, les Narcotiques Anonymes, les Débiteurs anonymes, Gambling Anonymous : pour toutes les addictions. Ils sont tous basés sur le modèle des 12 étapes des A.A. : une puissance suprême qui donnerait la force de sortir des problèmes d'addictions. Certaines personnes adhèrent à cette démarche mais pas toutes qui préfèrent d'autres groupes néphalistes comme Vie Libre, la Croix bleue, Joie et Santé pour l'alcool. Ces groupes complètent beaucoup la prise en charge individuelle (repas de Noël sans alcool...).

## ➤ Autres groupes

- \* *Groupe de parole:*
  - \* *Premier approche du groupe*
  - \* *Flexibilité*
- \* *Groupe thérapeutique « Dépendances »*  
*Dépendances comportementales: essentiellement troubles des conduites alimentaires et achats pathologiques, mais aussi jeu pathologique, dépendance à Internet.*

## ➤ MBCT

La méditation ou Pleine Conscience sont des approches récentes et médiatisées qui s'inspirent de la méditation bouddhique en faisant abstraction de toute référence spirituelle. Cette méthode thérapeutique a d'abord montré son efficacité dans la prévention des rechutes dépressives et dans la gestion du stress. Elle est en plein développement en France, complétant les TCC. Elle a maintenant une application dans le champ des addictions :

*Programme de maintien pour la prévention des rechutes dépressives.*

*Outils Mindfulness + des éléments de psycho-éducation sur la dépression et des techniques TCC*

*= travail sur le corps, la perception des états émotionnels, et de la relation entretenue avec les pensées en termes d'adhésion, de rejets des pensées, de schémas, d'automatisme, de non contrôle*

*(Segal, William, Teasdale 2002) ref. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, de Boeck, 2006*

Le premier groupe va être mis en place, en France, début mars à l'hôpital Corentin Celton. Il s'adresse à des personnes souffrants d'addictions diverses suivant le même modèle que les groupes de prévention des rechutes dépressives.

### ➤ **MBRP**

- \* *Le pilote automatique et les fortes envies (« craving »)*
- \* *Déclencheurs, pensées, émotions et envies (« craving »)*
- \* *La pleine conscience dans la vie de tous les jours*
- \* *Rester présent dans des situations à haut risque*
- \* *La balance entre l'acceptation et le changement*

*Bowen S, Chawla N, Marlatt GA: Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A clinician's Guide. The Guilford Press 2011*

Ces thérapies comportementales et cognitives qui sont réputées efficaces dans la prise en charge des addictions (études contrôlées à l'appui), ne sont pourtant pas les thérapies dominantes en France. Ce sont les thérapies psychanalytiques qui restent majoritaires.

### ➤ **Les thérapies psychanalytiques**

- \* *Pas centrée sur le problème mais approche globale de la personne*
- \* *Recherche des causes infantiles et inconscientes*
- \* *Recherche du sens caché des comportements dans l'espoir de les voir se modifier ensuite*

Même si chez certaines personnes ces thérapies marchent, ce n'est pas la majorité des cas. Quand une addiction s'est installée, même après avoir compris son origine, l'addiction persiste.

Dans la pratique, une fois le sevrage fait, certaines personnes éprouvent le besoin de comprendre, de donner un sens à leur vie et peuvent alors être dirigées vers un psychanalyste. Ces thérapies peuvent être complémentaires : elles ne poursuivent pas le même but.

Chaque personne a besoin de choses différentes au cours de sa vie. On ne peut pas imposer le même modèle à tout le monde. C'est pourquoi, dans la prise en charge des addictions, on devrait aller vers les programmes intégrés :

### ➤ **Programmes intégrés**

- \* *Prévoir le long terme*
- \* *Approche multiple (santé, famille, profession, problèmes légaux..)*
- \* *Étapes de changement*
- \* *Problèmes concrets du patient*
- \* *Difficultés cognitives*
- \* *Réseaux de soutien*

S'occuper des problèmes concrets signifie, par exemple, qu'en phase aiguë, il ne faut pas faire un travail trop intellectualisé.

Les problèmes cognitifs (mémoire, concentration...) sont également majeurs en cas de consommation massive d'alcool et d'addiction aux drogues dures.

### **Bibliographie :**

- \* Le Strat, Y. (2010) trouble bipolaire et comorbidités addictives. Annales Médico-Psychologiques 168.
- \* Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. (2011). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A clinician's Guide. The Guilford Press

### **A qui s'adresser ?**

- \* Son spécialiste référent
- \* Services spécialisés en addictologie
- \* Associations

### **Lectures conseillées :**

- \* Cungi, C.(2005). Faire face aux dépendances. Alcool, tabac, drogues, jeux, internet. Retz
- \* Graziani, P. & Eraldi-Gackière , D. (2003). Comment arrêter l'alcool? Odile Jacob

Argos 2001 remercie D. Fouques et L. Romo pour leur relecture attentive.

-----