



Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack

F. Slama*, R. Slama**, N. Ballon*, B. Dehurtevent**, J. Lacoste*, S. Merle***,
J.D. Even**, A. Charles-Nicolas*

Vingt pour cent des patients toxicomanes suivis en Martinique souffriraient de comorbidité psychiatrique. Et 30 % des patients comorbides suivis en psychiatrie consomment du crack.

La diversité et la sévérité de symptômes directement imputables à cette drogue justifie, dans ce département, la recherche systématique d'une toxicomanie à celle-ci chez tous les patients souffrant de troubles psychiatriques. Surtout de schizophrénie.

La première définition de la comorbidité a été établie en 1970 par **Feinstein** (5) comme étant "l'existence ou la survenue d'une autre entité morbide au cours de l'évolution clinique d'un patient présentant la maladie index étudiée". Cependant, celle-ci a initialement été conçue pour des affections organiques aux limites sémiologiques, nosographiques et étiopathogéniques plus précises que celles pouvant être rencontrées en psychopathologie. Jusqu'alors, les classifications traditionnelles en psychiatrie reposaient sur une approche descriptive et hiérarchique des troubles mentaux, ainsi que sur des théories étiologiques variables selon les écoles, favorisant ainsi le diagnostic unique. Dès l'apparition du DSM-III (1980) (1), le système multiaxial de classification qui le caractérise, a autorisé les diagnostics multiples, à la fois en assouplissant cette règle hiérarchique mais aussi en prônant une approche aussi athéorique que possible. Cependant, de nouvelles questions ont alors émergé : ne conviendrait-il pas de distinguer comorbidité simultanée de comorbidité sur la vie entière ? S'il y a eu succession ou co-occurrence de deux ou plusieurs entités morbides, ne faudrait-il pas s'interroger sur les liens qui pourraient les unir ? Les études de comorbidité entre addiction et psychopathologie générale menées

ces quinze dernières années ont permis de distinguer trois axes de compréhension (3) : d'abord, l'utilisation de produits psychoactifs peut entraîner une symptomatologie psychiatrique secondaire (c'est le cas de syndromes confusionnels sous benzodiazépines, d'éléments paranoïaques et de désinhibitions comportementales sous psychostimulants). Ensuite, il se pourrait que dans certains troubles, le recours à des produits utilisés comme des automédications puisse provoquer initialement une réduction de l'intensité des symptômes, au prix du développement d'une pharmacodépendance secondaire ; enfin, la co-occurrence d'une toxicomanie et d'un trouble psychiatrique pourrait peut-être s'expliquer par des mécanismes étiopathogéniques communs (vulnérabilité génétique partiellement commune probable entre alcoolisme et troubles de l'humeur).

De nombreuses études ont permis de mettre en évidence une fréquence élevée de la comorbidité entre trouble mental et abus/dépendance à une substance psychoactive (4, 6, 12, 15). Une revue de la littérature nous apprend que l'abus/dépendance de substances psychoactives serait 2 à 5 fois plus fréquent chez les schizophrènes, par exemple, que dans la population générale (8) (prévalence de 13,5 % de l'abus/dépendance à l'alcool, et 6,1 % à une autre substance. La comorbidité trouble mental/alcool atteindrait chez eux 22,3 % et 14,7 % pour une autre substance. Les patients schizophrènes toxicomanes présenteraient plus volontiers des tableaux cliniques sévères (11), chimiorésistants (7), quelle que soit la qualité de leur

observance thérapeutique (6, 8). Cependant, les résultats de ces études restent trop souvent contradictoires, cela pouvant peut-être s'expliquer en partie par la difficulté de reconstituer une anamnèse correcte chez le patient toxicomane, par le biais de recrutement dans ces études réalisées le plus souvent en hôpitaux et structures de soins. Cela peut s'expliquer aussi par la diversité et la qualité des soins eux-mêmes, enfin, peut-être, par des disparités géographiques concernant tant des caractéristiques ethno-démographiques que des celles liées au produit lui-même (disponibilité, existence de polytoxicomanies, voie d'administration...). Une meilleure connaissance de ces paramètres devrait permettre de mieux aider ces patients, et plus particulièrement les schizophrènes, souvent condamnés à des hospitalisations répétées et prolongées en raison de rémissions de plus en plus précaires.

Des drogues fumées, surtout

Une étude menée sur 362 patients suivis en Martinique par un secteur de psychiatrie a montré que :

- 101 patients (27 %) présentent un diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance (57 % de toxicomanie simple, 43 % de polytoxicomanies) ;

- 93 patients (25 %) présentent le double diagnostic de trouble psychiatrique et lié à l'utilisation d'une substance. Parmi ces derniers, 67 (72 %) répondent au diagnostic de schizophrénie. Le cannabis et l'alcool sont les deux substances les plus utilisées (respectivement 64 et 39 % en utilisation principale ; 8 et 9 % en utilisation secondaire).

Ces résultats sont en accord avec ceux de nombreuses études qui mettent en évidence le fort taux de prévalence de conduites addictives chez des patients suivis en psychiatrie pour un diagnostic a priori autre que la consommation de substances psychoactives. Les études épidémiologiques sur la comorbidité (10), réalisées à partir de patients recrutés au sein d'institutions spécialisées (structures médicales, psychiatriques ou non, centres de prise en charge des dépendances), ont toutes mis en évidence une fréquence accrue des conduites addictives (alcool, substances psychoactives) associées à des troubles mentaux. Même si les résultats sont disparates, ils sont tous concordants et avancent des chiffres de prévalence de la comorbidité proches de 20 %. La fréquence de celle-ci atteint 25 % dans la population de cette étude (37 % des schizophrènes inclus présentent ce double diagnostic). Les drogues fumées (cannabis et crack) et l'alcool constituent l'essentiel des

* CHU de Fort-de-France.

** Centre hospitalier de Colson, Fort-de-France (Martinique).

*** Observatoire régional de la Santé.



substances psychoactives utilisées par les patients. En effet, la voie intraveineuse est quasi inusitée aux Antilles françaises et presque exclusivement réservée aux Métropolitains ou aux Antillais ayant débuté leur toxicomanie lors d'un long séjour en Métropole (2).

D'autres résultats, en cours d'analyse, montrent que 30 % des patients comorbides suivis en psychiatrie consomment du crack : consommation principale dans 18 % des cas et secondaire dans 12 %.

L'imputabilité du crack dans la genèse des troubles psychiatriques ayant justifié une prise en charge n'a pas été encore analysée dans notre département, mais d'autres études ont montré que les complications psychiatriques de cette consommation sont fréquentes :

- les troubles délirants sont le plus souvent marqués par des épisodes persécutifs limités aux périodes de consommation. Ils apparaissent après un délai de 3 ans de consommation environ. Les formes purement hallucinatoires seraient plus rares. Enfin, une relation directe entre les effets pharmacologiques et ces différents symptômes n'est pas établie avec certitude, et une "prédisposition biopsychologique" serait suspectée (9, 14) ;
- le comportement d'exploration stéréotypé est caractéristique de la toxicomanie à la cocaïne. Il apparaît après quelques années de consommation. Il s'agit d'une recherche stéréotypée de substance où le sujet scrute le sol et le lieu où il a fumé. Selon certains auteurs, il ne s'agit pas forcément d'un symptôme directement lié au *craving*, même s'il est très souvent accompagné d'une envie impérieuse de fumer (13).

- une symptomatologie dépressive est très fréquente après plusieurs années de consommation. En effet, il se produit une diminution du nombre

des neuromédiateurs intracellulaires et notamment de la sérotonine au niveau des neurones présynaptiques (9) ;

- enfin, des troubles anxieux de type panique sont rencontrés (9), mais peu d'études de prévalence sont actuellement disponibles.

Étant donné la diversité des symptômes directement imputables à la toxicomanie au crack, on comprend l'intérêt, dans notre département, d'une recherche systématique et minutieuse de conduites addictives chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique et plus particulièrement de schizophrénie, difficiles à prendre en charge, pour souvent peu "observants" précocement et fréquemment hospitalisés. ■

Références bibliographiques

1. Association américaine de psychiatrie. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e ed., 1980. Traduction de l'anglais coordonnée par Guelfi JD, Paris Masson, 1983.
2. Charles Nicolas A. *Le crack dans la Caraïbe. Histoire naturelle et histoire culturelle de la "roche"*. In : Charles-Nicolas A, *Crack et cannabis dans la Caraïbe*. Paris, 1997 ; l'Harmattan : 16-24.
3. Charles Nicolas A. *Toxicomanies*. *Encycl Med Chir (Elsevier Paris), Psychiatrie 1998 ; 37-396-A-10 : 25 p.*
4. Dixon L. *Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia : prevalence, impact on outcomes*. *Schizophr Res 1999 ; Mar 1, 35 suppl. : S 93-100.*
5. Feinstein AR, Koss N. *The changing emphasis in clinical research. 3. Follow-up report for the years 1965-1969*. *Arch Intern Med. 1970 ; May 125 (5) : 885-91.*
6. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. *Patters of current and lifetime substance use in*

schizophrenia. *Schizophr Bull 1998 ; 24 (3) : 443-55.*

7. Gupta S, Henricks S, Kenkel AM et al. *Relapse in schizophrenia : is there a relationship with substance abuse ?* *Schizophr Res 1996 ; 20 : 153-6.*

8. Leduc PA, Mittleman G. *Schizophrenia and psychostimulant abuse : a review and re-analysis of clinical evidence*. *Psycho-pharmacology 1995 ; 121 : 407-27.*

9. Lejoyeux M, Mourad I, Ades, J. *Troubles psychiatriques induits par les conduites de dépendance autres que l'alcool*. *Encéphale 2000 ; 26 (2) : 21-7.*

10. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C Jr, Miles KM. *Substance use disorder in hospitalized severe mental ill psychiatric patients : prevalence, correlates and subgroups*. *Schizophr Bull 2000 ; 26 (1) : 179-92.*

11. Owen RR, Fischer EP, Booth BM et al. *Medication non compliance and substance abuse among patients with schizophrenia*. *Psychiatric Serv 1996 ; 47 : 853-8.*

12. Régier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, Goodwin F. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study*. *JAMA 1990 ; vol. 264, n°19 : 2511-8.*

13. Rosse RB, Fay-McCarthy M, Collins JPI et al. *Transient compulsive foraging behavior associated with crack cocaine use*. *Amer J Psychiat 1993 ; 150 (1) : 155-6.*

14. Satel SL, Southwick SM, Gawin FH. *Clinical features of cocaine induced paranoia*. *Nida Research Monograph 1991 ; 105 : 371.*

15. Verdoux H, Mury M, Besançon G et al. *Étude comparative des conduites toxicomaniaques dans les troubles bipolaires, schizophréniques et schizoaffectifs*. *Encéphale 1996 ; XXII : 95-101.*

La passiflore est un bon adjuvant de la clonidine pour atténuer l'anxiété des patients



Si la clonidine est bien connue depuis de nombreuses années comme médicament du sevrage des opiacés, elle a toujours montré son inefficacité à réduire les syndromes anxieux des patients. Dans cette étude menée en Iran, les médecins, qui ont l'habitude de recourir aux remèdes à vertus psychoactives de la médecine traditionnelle, ont constitué deux groupes de patients (65 patients en tout). Ceux-ci étaient répartis de façon aléatoire entre ceux qui recevaient une dose quotidienne de 0,8 mg de clonidine en comprimés, administrée en trois prises, plus 60 gouttes d'extrait de *Passiflora incarnata*, et ceux qui recevaient les mêmes doses de clonidine avec un placebo. Dans les deux groupes, la sévérité des symptômes de sevrage a été similaire, mais dans celui des patients qui avaient eu de la passiflore, les symptômes mentaux, en particulier l'anxiété, avaient été nettement minorés.

Akhondzadeh S, Kashani L et al. (Iran). *J Clin Pharm and Therapeutics 2001 ; vol. 26 : 369-73.*

Un Stéribox = 1 euro

Gare au piège de l'augmentation des prix liée au passage à l'euro, dans le domaine de la prévention des conduites à risque des toxicomanes par voie intraveineuse, comme dans celui du prix de la baguette de pain ou du litre de lait ! C'est ce que le Dr Elliott Imbert, président de l'association Apothicom et concepteur du kit de prévention Stéribox, a voulu dénoncer en demandant la fixation du prix de celui-ci à 1 euro en 2002. Et non à 1,20 euro, soit 13 % d'augmentation, si les pouvoirs publics ne réévaluaient pas le montant de leur aide. Or, l'épidémie d'hépatite C, elle aussi, connaît une tendance à l'augmentation avec, selon la dernière étude réalisée, 10 à 25 usagers se contaminant chaque jour en France. Déjà, en 1999, lorsque le prix du Stéribox était passé de 5 à 7 francs, ce sont 30 000 kits qui n'avaient pas été délivrés de ce fait, estime le Dr Elliott Imbert. Voilà pourquoi celui-ci et quinze autres professionnels de santé ont décidé d'envoyer une lettre à Bernard Kouchner afin de l'interpeller sur ce point. Il a retenu cette proposition.

F.A.R