



HAL
open science

Aspects cliniques des patients recevant une substitution agoniste opioïde en addictologie de liaison au CHU d'Amiens

Sofhian-Bader Azam

► **To cite this version:**

Sofhian-Bader Azam. Aspects cliniques des patients recevant une substitution agoniste opioïde en addictologie de liaison au CHU d'Amiens. Psychiatrie et santé mentale. 2021. dumas-03246126

HAL Id: dumas-03246126

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246126>

Submitted on 2 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS



**Aspects cliniques des patients recevant une substitution
agoniste opioïde en addictologie de liaison au CHU
d'Amiens.**

Thèse de Doctorat en Médecine pour l'obtention du Diplôme d'État, Spécialité : Psychiatrie

Soutenue par Monsieur Sofhian-Bader AZAM

Le 31 Mars 2021, À Amiens

Président du jury

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du jury

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Remerciements

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

MD, PHD, HDR

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie et Addictologie Adultes

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse,

Merci pour l'aide précieuse que vous m'avez apporté pour la réalisation de ce travail ainsi que pour la qualité de votre enseignement,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Pneumologie

Avec bienveillance et disponibilité, vous avez accepté de juger ce travail,

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Responsable de l'Unité de Réanimation Cardiaque Thoracique Vasculaire et Respiratoire

Avec bienveillance et disponibilité, vous avez accepté de juger ce travail,

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image médicale du CHU d'Amiens

Avec bienveillance et disponibilité, vous avez accepté de juger ce travail,

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

Chef de clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux

Psychiatrie Adultes

Avec bienveillance et disponibilité, vous avez accepté de juger ce travail,

Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements,

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A l'ensemble de ma famille, pour votre soutien permanent depuis toutes ces années,

Aux médecins et équipes qui m'ont transmis leur connaissances,

A mes amis,

A tous un grand merci

Liste des abréviations

SAUPA	Service d'Accueil des Urgences Polyvalentes Adultes
UHTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée
TAO	Traitement par Agonistes Opioïdes
TS	Tentative de Suicide
IEA	Intoxication Ethylique Aigue
CIM-10	Classification Internationale des Maladies 10
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
OFDT	Observatoire français de drogues et des toxicomanies
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders

Table des matières

Liste des abréviations	9
1 Introduction	13
2 Méthode.....	15
2.1 Patients.....	15
2.1.1 Critères d'inclusion	16
2.1.2 Critères d'exclusion.....	16
2.2 Outils	16
2.3 Procédure	17
2.4 Analyses statistiques.....	20
3 Résultats	20
3.1 Comparaison du groupe de 92 patients recevant un TAO avec 523 patients sans TAO.....	20
3.2 Comparaison du groupe de 92 patients recevant un TAO appariés avec 92 patients sans TAO.....	21
3.2.1 Analyse descriptive du groupe de patients recevant un TAO (n=92)	21
3.2.2 Analyse descriptive du groupe de patients sans TAO (n=92)	22
3.2.3 Comorbidités addictologiques.....	23
3.2.4 Comorbidités psychiatriques	25
3.2.5 Traitements psychotropes.....	25
3.2.6 Orientation.....	25
3.3 Comparaison entre trois groupes : groupe de patients recevant un TAO, groupe sans addiction et groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.	26
3.3.1 Comorbidités addictologique	28
3.3.2 Comorbidités psychiatriques	29
3.3.3 Traitements psychotropes.....	29
3.3.4 Orientation.....	29

3.4	Comparaison entre quatre groupes : groupe recevant un TAO consommant de l'alcool, groupe recevant un TAO ne consommant pas d'alcool, groupe sans addiction et groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.	30
3.4.1	Comorbidités addictologiques.....	32
3.4.2	Comorbidités psychiatriques	34
3.4.3	Traitements psychotropes.....	34
3.4.4	Orientation.....	34
4	Discussion	35
4.1	Force de l'étude.	37
4.2	Limites de l'étude	37
4.2.1	Biais déclaratifs	37
4.2.2	Biais de mémorisation.....	37
4.2.3	Biais de sélection.....	37
4.2.4	Puissance statistique.....	38
4.3	Discussion des résultats	38
4.3.1	Tabagisme chez les patients recevant un TAO	38
4.3.2	Consommation d'alcool chez les patients recevant un TAO.	40
4.3.3	Consommation de cannabis de cocaïne et d'autres drogues chez les patients recevant un TAO	41
4.3.4	Troubles psychiatriques chez les patient recevant un TAO	41
4.3.5	Consommation de benzodiazépines chez les patients recevant un TAO.	42
5	Conclusion.....	43
6	Bibliographie.....	44
7	Annexes.....	49
	Annexe 1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances (CIM-10)	49
	Annexe 2 Troubles Anxieux (CIM-10).....	52

Annexe 3 Episodes dépressifs CIM-10	53
Annexe 4 Troubles de la personnalité dyssociale (CIM-10).....	54
Annexe 5 Questionnaire de l'étude	55
8 Résumé	56

1 Introduction

En 2017, 180 000 personnes ont bénéficié en France d'un remboursement de traitements par agonistes opioïdes (TAO), méthadone ou buprénorphine[1]. L'objectif des TAO est de substituer l'héroïne de demi-vie et d'action courte ou les opioïdes détournées de leur usage thérapeutique par des agonistes opioïdes au faible potentiel euphorisant et à demi-vie et durée d'action longues. La demi-vie longue des TAO, par voie orale permet de supprimer le craving et les symptômes de sevrage, sans entraîner d'euphorie et ainsi d'éviter les oscillations permanentes entre pics d'euphorie et sensations de manque [2].

La méthadone est un agoniste opiacé des récepteurs opioïdes cérébraux mu de demi-vie et de durée d'action longue (plus de 24 heures). Le traitement par méthadone est débuté après les premiers signes de sevrage à l'héroïne et augmenté progressivement afin d'éviter les surdoses. L'adaptation de la posologie est clinique, la survenue de sédation correspondant à un surdosage. La posologie est adaptée lorsqu'elle permet au patient d'éviter le craving pour les opioïdes et les signes de sevrage (« manque »), habituellement entre 60 et 100 mg par jour. La substitution par méthadone dure habituellement plusieurs années. L'arrêt est généralement progressif, par paliers de 5 à 10 mg tous les quinze jours minimum. [2]

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes mu et un antagoniste des récepteurs kappa. Elle a un effet plafond caractérisé par l'absence d'augmentation des effets à des doses supérieures à 16 mg par jour, limitant notamment le risque de surdose. Les effets de la buprénorphine durent plus de 24 heures, en raison de sa dissociation lente des récepteurs mu cérébraux. Elle est administrée en une prise par jour, par voie sublinguale en raison de sa faible biodisponibilité par voie orale. Le traitement par buprénorphine est débuté après les premiers signes de sevrage à l'héroïne pour éviter les interactions qui induisent un syndrome de sevrage sévère. La posologie est habituellement comprise entre 2 et 16 mg/jour, en moyenne 8 mg/jour. L'association de naloxone à la buprénorphine, antagoniste opiacé, provoquant un syndrome de sevrage en cas d'injection intraveineuse de buprénorphine, peut limiter le risque de détournement [2].

Les TAO permettent une prise en charge globale des patients dépendants à l'héroïne (critères CIM-10, annexe 1), son insertion dans un processus psychothérapeutique et sa réinsertion sociale et professionnelle, et le traitement des comorbidités psychiatriques et somatiques. Les TAO réduisent la mortalité et le risque d'infection par le VIH [2]. Les TAO sont efficaces à condition d'être intégrés dans un cadre thérapeutique comprenant un contrôle de la délivrance, des

analyses toxicologiques urinaires, une prise en charge psychothérapeutique et sociale [2]. Les patients les plus difficiles, avec des comorbidités psychiatriques sévères, relèvent plus des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou le suivi peut être pluridisciplinaire et pluri-hebdomadaire.

Les comorbidités psychiatriques et addictologiques sont fréquentes chez les patients dépendants aux opioïdes. Dans l'étude NESARC [3], 61 % des sujets dépendants aux opioïdes présentaient également des troubles anxieux (critères CIM-10, annexe 2) (attaques de panique: 36 %, phobies sociales : 21 %, anxiété généralisée : 22 %) et 60 % des sujets dépendants aux opioïdes avaient présenté un épisode dépressif (critère CIM-10, annexe 3) au cours de leur vie. D'après l'étude ECA [4] 65 % des sujets dépendants aux opioïdes présentaient un trouble de la personnalité. La personnalité dyssociale était la plus fréquente (critères CIM-10, annexe 4)[2]. Les patients présentant un trouble de la personnalité dyssociale (critères CIM-10) ou antisociale (critères DSM-5) et correspondant aux troubles de personnalité psychopathiques dans les classifications classique sont caractérisés par une tendance générale à l'indifférence vis-à-vis des normes sociales, des émotions et des droits d'autrui ainsi que par un comportement impulsif, de l'agressivité, des tendances à la manipulation et une absence de culpabilité [5].

En grande majorité, les sujets dépendants à l'héroïne sont polytoxicomanes, l'héroïne étant le principal produit consommé [2]. Selon les données de la littérature, entre 32 et 65 % des patients dépendants aux opioïdes présentaient une alcoolodépendance [2], entre et 30 et 100 % des patients dépendants aux opioïdes consommaient de la cocaïne [2], entre 60 et 80 % consommaient des benzodiazépine [2]. Les données de la littérature ont rapporté également une fréquence du tabagisme entre 92 et 98% chez les patients dépendant aux opioïdes recevant un TAO [6] [7] [8]. Enfin, selon les données de la littérature, environ un patient sur deux suivant un TAO consomme du cannabis au moins occasionnellement [9] , [10].

A notre connaissance, peu d'études ont évalué les caractéristiques cliniques des patients recevant un traitement agoniste opioïde (TAO) dans les services d'Urgence et en post-urgence en hôpital général alors qu'une personne sur cinq bénéficiant d'un TAO a été hospitalisée en France au cours de l'année 2016 [11].

La plupart des données actuelles concernant ces patients provenaient, soit d'études sur des patients débutant un TAO en ambulatoire ou en services spécialisés [12], [13],[14] soit d'études sur des patients ayant une dépendance aux opioïdes ne recevant pas de traitement [15],[16]. Ce manque de données peut être lié à la difficulté de recueil de données dans cette population dans

les services d'urgences générales, notamment avec une temporalité peu compatible avec les prises en charge dans les services d'accueil d'urgence.

L'hypothèse de cette étude était que les patients recevant un traitement agoniste opioïde (TAO) dans les services d'urgence et en post-urgence en hôpital général présentaient une fréquence élevée de comorbidités psychiatriques et addictologiques.

Cette étude avait pour but d'évaluer les aspects cliniques d'une population de patients recevant un traitement agoniste opioïde admis dans les services d'urgence et post-urgence en centre hospitalier général et universitaire de 2017 à 2020 et ayant relevé d'une prise en charge par l'équipe d'addictologie de liaison.

L'objectif principal était de comparer les patients recevant un TAO à un groupe de patients ne recevant pas de TAO. L'objectif secondaire était de comparer les patients recevant un TAO à un groupe de patient ne répondant à aucun critère de dépendance selon la CIM-10 et à un groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool et ne répondant à aucun autre critère de dépendance selon la CIM-10.

Cette étude s'inscrit dans le prolongement de deux études préliminaires antérieures : un travail de 2018 ayant évalué 146 patients admis en hôpital général pour un motif addictologique au cours de l'année 2018, et une étude ayant étudié les caractéristiques cliniques des patients sous TAO admis au centre hospitalier universitaire au cours de l'année 2018 [17].

2 Méthode

Cette étude était une étude cas-témoin, prospective et monocentrique. Elle a comparé les aspects cliniques d'un groupe de 92 patients recevant un TAO admis au centre hospitalier universitaire de 2017 à 2020 et ayant relevé d'une prise en charge par l'équipe d'addictologie de liaison, à un échantillon de patients ne recevant pas de TAO, pris en charge par la même équipe.

2.1 Patients

Les groupes de patients ont été constitués à partir d'une base de 652 patients consécutivement évalués en hôpital général pour une problématique addictive par l'équipe d'addictologie de liaison, du 14/03/2017 au 10/12/2020. Tous les patients ont été systématiquement évalués à l'aide de questionnaires standardisés (annexe 5). Ces patients étaient âgés de 13 à 81 ans, en moyenne $44 \pm 13,7$ ans ; 68% (n=442) étaient de sexe masculin.

Deux tiers des patients (67%) ont été recrutés dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), et dans le service d'accueil des urgences polyvalentes adultes (SAUPA) du CHU d'Amiens. Un tiers des patients (33%) ont été recrutés dans les unités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). L'UHTCD et le SAUPA sont deux unités du département de médecine d'urgence. Ces deux unités sont dédiées à l'accueil des urgences. Le SAUPA a pour rôle d'accueillir, trier, orienter et prendre en charge toute personne se présentant en situation d'urgence médicale ou chirurgicale. L'UHTCD permet d'une part, une prise en charge sur le plan somatique, des patients ne nécessitant qu'une courte hospitalisation (moins de 24 heures) et d'autre part, une observation des patients (moins de 24 heures) afin de préciser le diagnostic et l'orientation en hospitalisation ou le retour à domicile.

Comme les données provenaient des dossiers où sont systématiquement recueillies les données cliniques étudiées dans ce travail et qui ont été anonymisées, l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été nécessaire. Une demande à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée (en attente).

2.1.1 Critères d'inclusion

- Tous les patients recevant un traitement par TAO ont été inclus dans le groupe de patients recevant un TAO.
- Tous les patients ne recevant pas de TAO et ne consommant pas d'héroïne ont été inclus dans le groupe de patient sans TAO.
- Tous les patients ne répondant aux critères CIM-10 de dépendance à aucune substance, en dehors du tabac, ont été inclus dans le groupe de patients sans addictions.
- Tous les patients consommant quotidiennement de l'alcool ne répondant à aucun critère CIM-10 de dépendance à une autre substance, en dehors du tabac, ont été inclus dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.

2.1.2 Critères d'exclusion

Les patients qui ne parlaient pas le Français et ceux qui n'étaient pas affiliés à la sécurité sociale ont été exclus de l'étude.

2.2 Outils

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire compris dans le dossier patient (Annexe 5). Cette fiche permettait d'obtenir des données qualitatives et quantitatives, demandées systématiquement lors d'une première consultation d'addictologie :

- Age, sexe
- Motif (s) d'hospitalisation
- Quantités d'alcool consommées, en gramme par jour
- Quantités de tabac consommées, en nombre de cigarettes par jour
- Quantités de cannabis consommées, en nombre de joints par jour
- Consommation d'autres toxiques, (cocaïne, héroïne, et amphétamine) ainsi que les quantités consommées
- Traitements en cours lors de l'admission au CHU d'Amiens
- Pathologies actuelles
- Comorbidité (s) psychiatrique (s)
- Diagnostic (s) psychiatrique (s)
- Orientation

2.3 Procédure

Figure 1 Flow chart de sélection du groupe de patients recevant un TAO et des sujets appariés ne recevant pas de TAO.

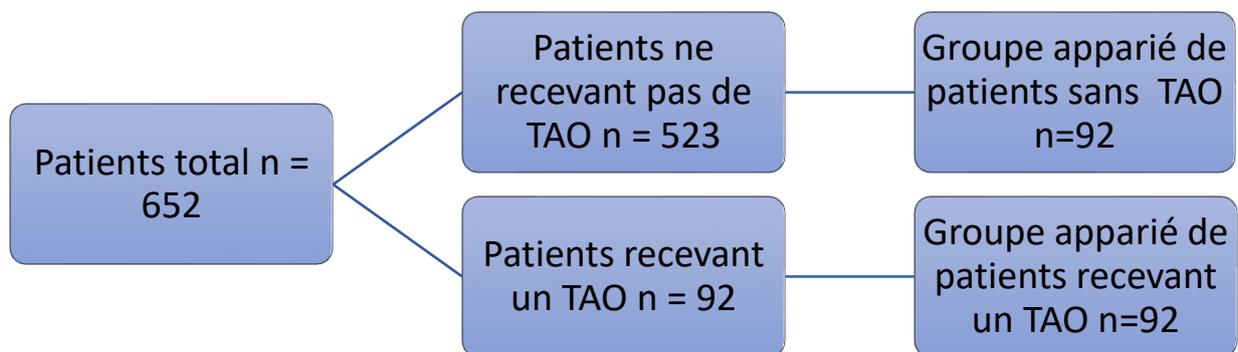
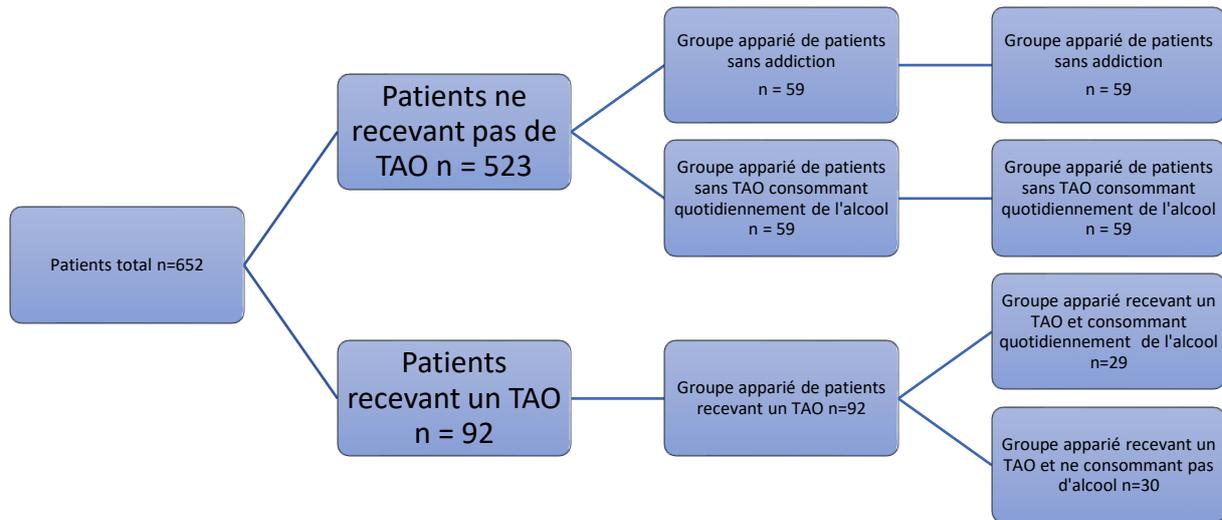


Figure 2 Constitution de groupes appariés.



Les données anonymisées ont été recueillies par les médecins du service de psychiatrie et d'addictologie de liaison du CHU d'Amiens. Elles ont ensuite été retranscrites sur un tableur Excel.

Parmi les 652 patients inclus dans l'étude, 92 recevaient au moment de l'étude un TAO, constituant le groupe de patients recevant un TAO, dont 48 recevaient un traitement par méthadone et 44 par buprénorphine. La posologie moyenne de la méthadone était de 61 ± 26 mg par jour et celle de la buprénorphine de $8,7 \text{ mg} \pm 6,5$ par jour. L'âge moyen de ce groupe était de 39 ± 8 ans et il était composé de 79% d'hommes ($n=73$). Au niveau du suivi médical, 52% des patients recevant un TAO avaient un suivi avec un médecin généraliste traitant ($n=48$) au moment de l'évaluation, 15% avaient un psychiatre traitant ($n=14$) et 37% un addictologue traitant ($n=34$).

- Dans un premier temps, le groupe de patients recevant un TAO, a été comparé aux patients ne recevant pas de TAO et ne consommant pas d'héroïne au moment de l'étude ($n=523$). L'âge moyen du groupe de patients ne recevant pas de TAO était de 45 ± 14 ans et comprenait 65% d'hommes ($n=341$). Il existait donc une différence importante entre l'âge moyen (Test de Student : $t=5,48$; $p < 0,05$) et la répartition par sexe ($\text{Chi}^2=7,12$; $p < 0,05$) entre le groupe de patients recevant un TAO et les patients ne recevant pas de TAO. C'est pourquoi nous avons apparié les patients ne recevant pas de TAO au groupe de patients recevant un TAO, selon l'âge et le sexe.

- Dans un deuxième temps, un groupe de 92 patients ne recevant pas de TAO et ne consommant pas d'héroïne (« groupe sans TAO ») a donc été apparié selon l'âge et le sexe aux patients du groupe recevant un TAO. L'âge moyen des patients du groupe sans TAO était de 39 ± 8 ans et comprenait 79% d'hommes (n=73). Le groupe de patient recevant un TAO a alors été comparé au groupe sans TAO.
- Dans un troisième temps, compte-tenu de la fréquence importante de patients consommant quotidiennement de l'alcool au sein du groupe de patients recevant un TAO (50%) et du groupe de patients sans TAO (67%), nous avons procédé à des analyses complémentaires.
- Les patients ne recevant pas de TAO (n=523) ont été divisés en un groupe de patients ne consommant pas d'alcool quotidiennement et ne répondant à aucun critère de dépendance selon la CIM-10 et en un groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool et ne répondant à aucun autre critère de dépendance selon la CIM-10. Le groupe de patients sans addiction était le groupe qui se rapprochait le plus d'un groupe témoin, reflète le moins éloigné de la population générale, compte-tenu qu'ils étaient quand même adressés en addictologie.
- Toujours pour obtenir des groupes comparables, le groupe sans addiction et le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool a été apparié selon l'âge et le sexe aux patients recevant un TAO. A l'issue de cet appariement, nous avons constitué un groupe de 59 patients recevant un TAO, un groupe de 59 patients sans addiction et un groupe de 59 patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool. Les trois groupes comprenaient 78% d'hommes (n=46) âgés de 20 à 62 ans (âge moyen = 40 ± 10 ans).
- Dans un quatrième temps, compte-tenu de la fréquence importante de patients consommant quotidiennement de l'alcool au sein de tous les groupes, deux sous-groupes de patients recevant un TAO, un sous-groupe de 29 patients consommant quotidiennement de l'alcool (âge moyen = 42 ± 9 ans, 82% d'hommes) et un sous-groupe de 30 patients ne consommant pas quotidiennement de l'alcool (âge moyen = 39 ± 10 ans, 73% d'hommes), ont été comparés entre eux et comparés aux groupes sans addiction et au groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.

2.4 Analyses statistiques

Les variables concernant les comorbidités addictologiques, les comorbidités psychiatriques et les traitements en cours ont été comparées. Nous avons réalisé des statistiques descriptives concernant les variables quantitatives et qualitatives.

- Nous avons comparé 92 patients recevant un TAO à 523 patients ne recevant pas de TAO.
- Puis nous avons comparé 92 patients recevant un TAO à 92 patients appariés ne recevant pas de TAO.
- Puis nous avons comparé 3 groupes de patients appariés : 59 patients recevant un TAO, 59 patients sans addiction et 59 patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.
- Puis nous avons comparé 4 groupes de patients appariés : 29 patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool, 30 patients recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool, 59 patients sans addiction et 59 patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.

Les groupes ont été comparés à l'aide d'un test de Khi2 de Pearson pour les variables qualitatives et d'un test de Krustal-Wallis pour les variables quantitatives, celles-ci ne suivant pas une distribution normale. Nous avons ensuite réalisé un test de Mann-Whitney pour établir des comparaisons multiples entre les différents groupes. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel « Statistical Package for the Social Sciences » (SPSS) version 25.

3 Résultats

3.1 Comparaison du groupe de 92 patients recevant un TAO avec 523 patients sans TAO.

Lorsque le groupe de patients recevant un TAO a été comparé au groupe de patients ne recevant pas de TAO, la fréquence des consommateurs quotidiens de tabac, des patients recevant des benzodiazépines et des patients présentant des troubles de la personnalité dyssociale était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO. En revanche la fréquence des consommateurs quotidiens d'alcool et la fréquence des sujets admis pour intoxication éthylique aiguë était plus élevée dans le groupe de patients ne recevant pas de TAO (tableau 1).

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques cliniques du groupe de 92 patients recevant un TAO (TAO+) et du groupe de 523 patients sans TAO (TAO-).

Fréquence	Groupe TAO + (n=92) n (%)	Groupe TAO – (n=523) n (%)	Chi2	p
Consommateurs quotidiens de tabac	74 (80%)	313 (60%)	14,21	0,0001
Consommateurs quotidiens d'alcool	46 (50%)	326 (62%)	4,97	0,02
Patients admis pour tentative de suicide	21 (23%)	107 (20%)	NS	NS
Patients admis pour intoxication éthylique aiguë (IEA)	26 (28%)	266 (51%)	16,02	0,0001
Antécédents de troubles dépressifs (critères CIM-10)	11 (12%)	107 (20%)	NS	NS
Antécédents de troubles anxieux (CIM-10)	3 (3%)	45 (8%)	NS	NS
Troubles dépressifs actuels (critères CIM-10)	15 (16%)	134 (26%)	NS	NS
Troubles de la personnalité dyssociale (CIM-10)	24 (26%)	38 (7%)	30,57	0,0001
Troubles de la personnalité (CIM-10)	32 (35%)	136 (26%)	NS	NS
Comportements suicidaires : tentatives de suicides ou idées suicidaires	30 (34%)	178 (34%)	NS	NS
Traitements antidépresseurs en cours	21 (23%)	122 (23%)	NS	NS
Traitements benzodiazépines en cours	59 (64%)	215 (41%)	16,78	0,0001
Traitements hypnotiques en cours	17 (18%)	107 (20%)	NS	NS
Traitements substitutifs au tabac en cours	3(3%)	9(2%)	NS	NS

3.2 Comparaison du groupe de 92 patients recevant un TAO appariés avec 92 patients sans TAO.

En raison de l'hétérogénéité des groupes au niveau de l'âge et du sexe, un appariement a été effectué pour comparer le groupe de patients recevant un TAO à un groupe de patients sans TAO (« groupe sans TAO ») apparié sur l'âge et le sexe.

3.2.1 Analyse descriptive du groupe de patients recevant un TAO (n=92)

- Un tiers des patients (34%, n=30) a été admis pour un comportement suicidaire (21 pour une tentative de suicide, 9 pour idéation suicidaire), 28% (n=26) pour intoxication éthylique aiguë, 17% (n=16) pour intoxication aux benzodiazépines, 14% (n=13) pour polyintoxication, 11% (n=10) pour une intoxication à d'autres substances (8 intoxications aux opioïdes et 2 aux psychostimulants), 10% (n=9) pour une intoxication à un autre psychotrope (sans précisions), 4% (n=4) pour demande de sevrage à d'autres

substances (sans précisions), 3% (n=3) pour demande de sevrage d'alcool, un patient admis pour demande de sevrage de tabac, et 4% (n=4) pour un syndrome de sevrage à d'autres substances (sans précisions).

- Sept pour cent (n=6) des patients ont été admis pour un motif psychiatrique, quatre pour syndrome dépressif et deux pour syndrome délirant.
- Enfin, 15% des patients (n=14) ont été admis pour un motif somatique : surveillance d'une grossesse à haut risque, pathologie cardiaque, pancréatite alcoolique, BPCO, infection liée à la voie intraveineuse, diabète, pneumopathie d'inhalation.
- Concernant les intoxications aux psychotropes, 17% des patients (n=16) ont rapporté une intoxication à but suicidaire et 4% (n=4) une intoxication à but hédonique et 3% (n=3) à but auto-thérapeutique.
- A l'issue de leur prise en charge, 16 % (n=15) des patients du groupe TAO ont été hospitalisés pour des soins somatiques, 72% (n=66) sont retournés au domicile dont 32% (n=47) avec un rendez-vous avec un addictologue. Enfin, 9% (n=8) des patients ont été hospitalisés en psychiatrie et 3% (n=3) ont été hospitalisés pour sevrage.

3.2.2 Analyse descriptive du groupe de patients sans TAO (n=92)

- Un patient sur deux (49%, n=45) a été admis pour une intoxication éthylique aigue, 40% (n=37) pour un comportement suicidaire (22 pour une tentative de suicide, 15 pour idéations suicidaires, 8% (n=7) pour une intoxication aux benzodiazépines, 5 % (n=5) pour une intoxication aux psychostimulants), 4 % (n=4) pour une polyintoxication, 4% (n=4) pour une intoxication à un autre psychotrope (sans précisions), 9% (n=8) pour demande de sevrage d'alcool et 3% (n=3) pour demande de sevrage à d'autres substances (sans précisions).
- Onze pour cent (n=10) des patients ont été admis pour un motif psychiatrique, cinq pour un syndrome dépressif et cinq pour un syndrome délirant.
- Enfin, 5% des patients (n=5) ont été admis pour un motif somatique : cirrhose alcoolique, pancréatite alcoolique et BPCO. Concernant les intoxications aux psychotropes, 11% (n=10) des patients ont rapporté une intoxication à but suicidaire et 2% (n=2) une intoxication à but hédonique et autant à but auto-thérapeutique.
- A l'issue de leur prise en charge, 14% (n=13) des patients du groupe sans TAO ont été hospitalisés pour des soins somatiques, 64% (n=59) sont retournés au domicile, dont 41% (n=38) avec un rendez-vous avec un addictologue. Enfin, 12% (n=11) des patients ont été hospitalisés en psychiatrie et 8% (n=7) ont été hospitalisés pour sevrage.

Lorsque le groupe de patients recevant un TAO était comparé au groupe apparié de patients sans TAO, les résultats restaient comparables à l'analyse antérieure comparant les 92 patients recevant un TAO aux 523 patients sans TAO. Le seul résultat différent était que la fréquence des patients présentant des troubles de personnalité était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (tableau 2).

Tableau 2 : comparaison des caractéristiques cliniques du groupe de 92 patients recevant un TAO (TAO+) apparié avec 92 patients sans TAO (TAO-).

Fréquence	Groupe TAO + (n=92) n (%)	Groupe TAO – (n=92) n (%)	Chi2	p
Consommateurs quotidiens de tabac	74 (80%)	50 (59%)	14,24	0,0001
Consommateurs quotidiens d'alcool	46 (50%)	62 (67%)	5,73	0,01
Patients admis pour tentative de suicide	21 (23%)	22 (24%)	NS	NS
Patients admis pour intoxication éthylique aiguë (IEA)	26 (28%)	44 (48%)	7,47	0,001
Antécédents de troubles dépressifs (critères CIM-10)	11 (12%)	15 (16%)	NS	NS
Antécédents de troubles anxieux (CIM-10)	3 (3%)	7 (8%)	NS	NS
Troubles dépressifs actuels (critères CIM-10)	15(16%)	20 (22%)	NS	NS
Troubles de la personnalité dyssociale (CIM-10)	24 (26%)	9 (10%)	8,30	0,001
Troubles de la personnalité (CIM-10)	32 (35%)	17 (18%)	6,25	0,01
Comportements suicidaires : tentatives de suicides ou idées suicidaires	30 (34%)	35 (38%)	NS	NS
Traitements antidépresseurs en cours	21 (23%)	21 (23%)	NS	NS
Traitements benzodiazépines en cours	59 (64%)	40 (43%)	7,89	0,001
Traitements hypnotiques en cours	17 (18%)	14 (15%)	NS	NS
Traitements substitutifs au tabac en cours	3(3%)	1(1%)	NS	NS

3.2.3 Comorbidités addictologiques

- **Tabac** : Les quatre cinquièmes des patients recevant un TAO étaient fumeurs quotidiens contre les deux tiers des patients du groupe sans TAO (tableau 2). Il n'existait pas de différence significative concernant le nombre de cigarettes consommées par jour entre le groupe de patients recevant un TAO et le groupe sans TAO (respectivement $20,8 \pm 14,5$ cigarettes/jour vs $18,3 \pm 9,4$ cigarettes/jour, Mann-Whitney : $U=1256,5$, NS). En

raison de la présence de non-fumeurs au sein du groupe de patients recevant un TAO et du groupe sans TAO, nous avons comparé les quantités de tabac consommées par les fumeurs de chacun de ces groupes. Là encore, il n'y avait pas de différence significative concernant le nombre de cigarettes par jour entre les 74 fumeurs du groupe de patients recevant un TAO et les 54 fumeurs du groupe sans TAO (respectivement $20,8 \pm 13,5$ cigarettes/jour vs $18,6 \pm 9,2$ cigarettes/jour, Mann-Whitney : $U=1253$, NS). Dans le groupe de patients recevant un TAO, il y avait seulement deux ex-fumeurs (2%) contre 4 (4%) dans le groupe sans TAO.

- **Alcool** : Il y avait moins de consommateurs quotidiens d'alcool (50%) dans le groupe de patients recevant un TAO que dans le groupe sans TAO (67%) (tableau 2). Il n'y avait pas de différence significative entre les consommations journalières d'alcool (g/jour) entre le groupe de patients recevant un TAO et le groupe sans TAO (respectivement $172 \pm 116,4$ g/jour vs $151 \pm 151,1$ g/jour, Mann-Whitney : $U=854$, NS). Il y avait significativement moins de patients admis suite à une intoxication éthylique aiguë (IEA) dans le groupe de patients recevant un TAO (environ un tiers) que dans le groupe sans TAO (environ la moitié) (Tableau 2). Parmi les patients recevant un TAO, 13% (n=12) ont déclaré être en rémission d'une dépendance à l'alcool contre un dixième (n=9) des patients du groupe sans TAO.
- **Cannabis** : La fréquence des consommateurs quotidiens de cannabis dans le groupe de patients recevant un TAO (20%, n=18) et dans le groupe sans TAO (15%, n=14) était comparable ($\chi^2=0,60$, NS). Les patients du groupe recevant un TAO consommaient moins de cannabis que les patients du groupe sans TAO (respectivement $3,6 \pm 4,2$ joints/jour vs $6,3 \pm 5,4$ joints/jour, Mann-Whitney : $U=173$, $p<0,05$). Dans chacun des deux groupes, un patient sur dix (n=9) était en rémission d'une dépendance au cannabis.
- **Cocaïne et héroïne** : Dans le groupe de patients recevant un TAO, 23% des patients (n=21) ont déclaré maintenir une consommation d'héroïne quotidienne malgré le traitement et 15% des patients (n=14) ont déclaré consommer de la cocaïne quotidiennement. Dans le groupe sans TAO, la consommation d'héroïne était un critère d'exclusion, et 4% des patients (n=4) déclaraient consommer quotidiennement de la cocaïne. Dans le groupe de patients recevant un TAO, 50% des patients (n=46)

déclaraient ne plus consommer d'héroïne, et 16% patients (n=15) déclaraient être en rémission d'une dépendance à la cocaïne.

3.2.4 Comorbidités psychiatriques

- La fréquence des troubles de personnalité selon les critères CIM-10 était deux fois plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (35%) que dans le groupe sans TAO (18%) (tableau 2).
- La fréquence des troubles de la personnalité dyssociale était deux fois et demi plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (26%) que dans le groupe sans TAO (10%) (tableau 2).
- Il n'y avait pas de différence significative de fréquence concernant les tentatives de suicide, les comportements suicidaires et les antécédents de troubles dépressifs, de troubles anxieux, entre les deux groupes (tableau 2).
- Dans le groupe de patients recevant un TAO, 8% (n=7) de patients présentaient un antécédent de troubles psychotiques et un patient de troubles bipolaires (1%). Dans le groupe sans TAO, il y avait 5% (n=5) de patients psychotiques et 4% (n=4) de patients bipolaires (4%). La petite taille de ces échantillons ne permettait pas d'analyse statistique.

3.2.5 Traitements psychotropes

La fréquence des patients traités par benzodiazépines était plus élevée (64%) dans le groupe de patients recevant un TAO que dans le groupe sans TAO (43%) (tableau 2). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant la fréquence des antidépresseurs et des traitements hypnotiques.

3.2.6 Orientation

Il n'y avait pas de différence dans l'orientation des patients entre le groupe de patients recevant un TAO et le groupe sans TAO (tableau 5).

Tableau 3 : orientation du groupe de 92 patients recevant un TAO (TAO+) apparié avec 92 patients sans TAO (TAO-).

Fréquence	Groupe TAO+ (n=92)	Groupe TAO- (n=92)	Chi2	p
Retour à domicile	66(72%)	59(64%)	NS	NS
Hospitalisation MCO	18(20%)	20(21%)	NS	NS
Hospitalisation services psychiatriques	8(9%)	11(12%)	NS	NS

3.3 Comparaison entre trois groupes : groupe de patients recevant un TAO, groupe sans addiction et groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.

Lorsque le groupe de patients recevant un TAO a été comparé au groupe de patients sans addiction, on retrouvait des résultats comparables à ceux déjà retrouvés en comparant le groupe de patients recevant un TAO au groupe sans TAO. La fréquence des consommateurs quotidiens de tabac, des patients recevant des benzodiazépines et des patients présentant des troubles de la personnalité dyssociale était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO que dans le groupe sans addiction. Ces différences n'existaient pas en comparant le groupe de patients recevant un TAO au groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool. En revanche, la fréquence des sujets admis pour intoxication éthylique aigüe était plus élevée dans le groupe de patients sans addiction et dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool que dans le groupe de patients recevant un TAO (tableau 4).

Tableau 4 : Caractéristiques cliniques du groupe de patients recevant un TAO (groupe TAO), du groupe sans addiction et du groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (groupe « alcool quotidien »).

Fréquence	Groupe TAO (n=59) n (%)	Groupe sans addiction (n=59) n (%)	Groupe Alcool quotidien (n=59) n (%)	Groupe TAO Vs Groupe sans addiction		Groupe TAO Vs Groupe alcool quotidien	
				Chi2	P	Chi2	P
Consommateurs quotidiens de tabac	47 (80%)	31(52%)	47 (80%)	9,68	0,001	NS	NS
Patients admis pour une tentative de suicide	12 (20%)	14 (24%)	9 (15%)	NS	NS	NS	NS
Patients admis pour une intoxication éthylique aigue	17 (28%)	33 (56%)	39 (66%)	8,88	0,002	16,44	0,001
Antécédents de troubles dépressifs (critères CIM-10)	6 (10%)	10 (17%)	10 (17%)	NS	NS	NS	NS
Antécédents de troubles anxieux (CIM-10)	0 (0%)	1 (1,5%)	7 (12%)	NS	NS	NS	NS
Troubles dépressifs actuels (critères CIM-10)	9 (15%)	7 (12%)	15 (25%)	NS	NS	NS	NS
Troubles de la personnalité dyssociale (CIM-10)	16 (27%)	7 (12%)	8 (13,5%)	4,37	0,03	NS	NS
Troubles de la personnalité (CIM-10)	20 (34%)	18 (30%)	21(35%)	NS	NS	NS	NS
Comportements suicidaires : tentatives de suicides ou idées suicidaires	20 (34%)	24 (41%)	20 (33%)	NS	NS	NS	NS
Traitements antidépresseurs en cours	13 (22%)	9 (15%)	15 (25%)	NS	NS	NS	NS
Traitements benzodiazépines en cours	39 (66%)	21 (35%)	32 (54%)	10,98	0,001	NS	NS
Traitements hypnotiques en cours	12 (20%)	11 (18%)	13 (22%)	NS	NS	NS	NS
Traitements substitutifs au tabac en cours	2(3%)	2(3%)	0(0%)	NS	NS	NS	NS

3.3.1 Comorbidités addictologique

- **Tabac** : Les quatre cinquièmes des patients du groupe de patients recevant un TAO et du groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool étaient fumeurs quotidiens contre environ un patient sur deux dans le groupe sans addiction (tableau 4). Il n'existait pas de différence significative concernant le nombre de cigarettes consommées par jour entre le groupe de patients recevant un TAO, le groupe sans addiction et le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (respectivement $19,8 \pm 11,1$ cigarettes/jour vs $15,8 \pm 9,4$ cigarettes/jour vs $21,4 \pm 13,1$ cigarettes/jour, Krustal-Wallis Test : $H=5,55$, NS). Il n'y avait pas non plus de différence significative concernant le nombre de cigarettes consommées par jour par les 47 fumeurs du groupe de patients recevant un TAO, les 31 fumeurs du groupe sans addiction et les 47 fumeurs du groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (respectivement $19,8 \pm 11,2$ cigarettes/jour vs $16,7 \pm 8,9$ cigarettes/jour vs $22,2 \pm 12,7$ cigarettes/jour, Krustal-Wallis Test : $H=5,30$, NS). Dans le groupe de patients recevant un TAO et dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool il n'y avait seulement qu'un ex-fumeur (1%),. Dans le groupe sans addiction, 6 patients (10%) étaient des ex-fumeurs.
- **Alcool** : Pour rappel, la consommation quotidienne d'alcool était un critère d'exclusion pour le groupe sans addiction. Il y avait une différence significative entre les quantités d'alcool consommées par le groupe de patients recevant un TAO, le groupe sans addiction et le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (respectivement, $180 \pm 135,5$ g/jour vs 42 ± 21 g/jour vs $163 \pm 92,1$ g/jour, Krustal-Wallis Test : $H=29,4$, $p=0,0001$). Nous avons donc procédé à une analyse des groupes deux à deux. Les quantités moyennes d'alcool par jour étaient plus élevées dans le groupe de patients recevant un TAO que dans le groupe sans addiction ($U=41,9$, $p=0,0001$). Les quantités d'alcool consommées par jour étaient comparables dans le groupe de patients recevant un TAO et dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool ($U=2,77$, NS). Par ailleurs, il y avait significativement moins de patients admis suite à une intoxication éthylique aiguë (IEA) dans le groupe de patients recevant un TAO (environ un tiers, $n=17$) que dans le groupe sans addiction (environ la moitié, $n = 33$) et que dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (deux tiers, $n=39$) (tableau 4). Treize pour

cent (n=8) des patients recevant un TAO, un cinquième (n=12) des patients du groupe sans addiction et aucun dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool ont déclaré être en rémission d'une dépendance à l'alcool.

3.3.2 Comorbidités psychiatriques

- La fréquence des troubles de personnalité selon les critères CIM-10 était comparable dans les trois groupes (tableau 4).
- La fréquence des troubles de la personnalité dyssociale était plus de deux fois plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (27%) que dans le groupe sans addiction (12%).
- Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes concernant la fréquence des tentatives de suicide, des comportements suicidaires, des antécédents de troubles dépressifs et de troubles anxieux.
- Chacun des groupes comptait 4 patients présentant un trouble psychotique. Les troubles bipolaires, étaient présents chez deux patients dans le groupe de patients recevant un TAO et dans le groupe sans addictions et chez aucun patient dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool. La petite taille de ces échantillons ne permettait pas d'analyse statistique.

3.3.3 Traitements psychotropes

La fréquence des patients traités par benzodiazépines dans le groupe de patients recevant un TAO (66%) était plus élevée que dans le groupe sans addiction (35%), mais comparable à celle retrouvée dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (54%). Il n'y avait pas de différence entre les trois groupes concernant la fréquence des antidépresseurs et des traitements hypnotiques.

3.3.4 Orientation

La fréquence des patients rentrant au domicile après prise en charge était supérieure dans le groupe de patients recevant un TAO que dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool, cette différence n'était pas retrouvée entre le groupe de patients recevant un TAO et le groupe sans addiction. Il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes concernant le nombre de patients hospitalisés en MCO pour des soins somatiques et hospitalisés pour des soins psychiatriques.

Tableau 5 : orientation des patients du groupe de patients recevant un TAO (groupe TAO), du groupe sans addiction et du groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (groupe « alcool quotidien »).

	Groupe TAO (n=59)	Groupe sans addiction (n=59)	Groupe alcool quotidien (n=59)	Groupe TAO vs Groupe sans addiction		Groupe TAO vs Groupe alcool quotidien	
				Chi2	p	Chi2	p
Retour à domicile	45 (76%)	47 (80%)	32 (54%)	NS	NS	6,31	0,01
Hospitalisation MCO	12 (19%)	9 (15%)	14 (23%)	NS	NS	NS	NS
Hospitalisation services psychiatriques	2 (3%)	3 (5%)	9 (15%)	NS	NS	NS	NS

3.4 Comparaison entre quatre groupes : groupe recevant un TAO consommant de l'alcool, groupe recevant un TAO ne consommant pas d'alcool, groupe sans addiction et groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.

Lorsque le sous-groupe de patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool et le sous-groupe de patients recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool ont été comparés entre eux, puis comparé au groupe sans addiction et au groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool, les résultats étaient comparables aux analyses antérieures. La fréquence des consommateurs quotidiens de tabac et des patients recevant des benzodiazépines était plus élevée dans le sous-groupe de patients recevant un TAO consommant quotidiennement de l'alcool et dans le sous-groupe de patients recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool comparé au groupe sans addiction. Ces différences n'existaient pas en comparant ces deux sous-groupes au groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (tableau 6).

Tableau 6 : Caractéristiques cliniques du sous-groupe de patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool (Groupe TAO Alcool quotidien (+)), du sous-groupe de patients recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool (Groupe TAO Alcool quotidien (-)), du groupe sans addiction (n=59) et du groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (n=59, Groupe Alcool Quotidien).

Fréquence	Groupe TAO Alcool quotidien (+) (n=29)	Groupe TAO Alcool quotidien (-) (n=30)	Groupe TAO Alcool quotidien (+) Vs Groupe sans addiction		Groupe TAO Alcool quotidien (-) VS Groupe sans addiction		Groupe TAO Alcool quotidien (+) Vs Groupe TAO Alcool quotidien (-)		Groupe TAO Alcool quotidien (+) Vs Groupe Alcool quotidien		Groupe TAO Alcool quotidien (-) Vs Groupe Alcool quotidien	
			Chi2	P	Chi 2	P	Chi 2	P	Chi 2	P	Chi2	P
Fumeurs quotidiens	24 (82%)	23 (76%)	7,57	0,00	4,85	0,02	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Patients admis pour tentative de suicide	5 (17%)	7 (23%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Patients admis pour intoxication éthylique aiguë	14 (48%)	3 (10%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Antécédents de troubles dépressifs (CIM-10)	3 (10%)	3 (10%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Antécédents troubles anxieux (CIM-10)	0 (0%)	0 (0%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Troubles dépressifs actuels (CIM-10)	7 (24%)	2 (6%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Troubles de la personnalité dyssoziale (CIM-10)	8 (27%)	8 (27%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Troubles de la personnalité (CIM-10)	11 (38%)	9 (30%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Tentatives de suicides ou idées suicidaires	11 (38%)	9 (30%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Traitements antidépresseurs en cours	6 (21%)	7 (23%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Traitements benzodiazépines en cours	18 (62%)	21 (70%)	5,52	0,01	9,44	0,001	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Traitements hypnotiques en cours	7 (24%)	5 (16%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Traitements substitutifs au tabac en cours	1 (3%)	1 (3%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

3.4.1 Comorbidités addictologiques

- **Tabac** : Environ les quatre cinquièmes des patients du sous-groupe recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool et du sous-groupe ne consommant pas quotidiennement de l'alcool étaient fumeurs quotidiens (tableau 6). La fréquence des fumeurs quotidiens était plus élevée dans le sous-groupe recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool et dans le sous-groupe recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool comparé au groupe sans addiction (tableau 6). La fréquence des fumeurs quotidiens était comparable dans le sous-groupe recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool, dans le sous-groupe recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool et dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (tableau 6). On peut alors observer que c'était le fait de remplir les critères de dépendance à une substance, opioïdes ou alcool qui était corrélé avec une fréquence élevée du tabagisme.

Il existait une différence significative concernant le nombre de cigarettes consommées par jour par les 24 fumeurs du sous-groupe recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool, les 23 fumeurs du sous-groupe recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool, les 31 fumeurs du groupe sans addiction et les 47 fumeurs du groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (respectivement $23,4 \pm 11,9$ cigarettes/jour vs $16,3 \pm 9,4$ cigarettes/jour vs $16,7 \pm 8,9$ cig/jour vs $22,2 \pm 12,7$ cig/jour, Krustal-Wallis Test : $H=10,32$, $p=0,02$).

Nous avons donc procédé à une comparaison des groupes deux à deux (tableau 7). On observait alors que c'était le fait de consommer quotidiennement de l'alcool qui était corrélé avec des consommations de tabac plus élevées.

Tableau 7 : tests statistiques de la comparaison des quantités de tabac consommés par les fumeurs quotidiens dans les 4 sous-groupes.

	Mann-Whitney	
	U	p
TAO consommant de l'alcool vs sans addiction	21,7	0,02
TAO consommant de l'alcool vs alcool quotidien	3,7	NS
TAO consommant de l'alcool vs TAO ne consommant pas d'alcool	22,2	0,02
TAO ne consommant pas d'alcool sans addictions	0,4	NS
TAO ne consommant pas d'alcool vs alcool quotidien	18,4	0,03

- **Alcool** : Pour rappel, la consommation quotidienne d'alcool était un critère d'exclusion pour le groupe sans addiction et le sous-groupe de patients recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool. La différence de consommation moyenne était donc marquée entre les groupes incluant des consommateurs quotidiens et les groupes excluant les consommateurs quotidiens (tableau 8).

Tableau 8 : Quantités moyennes d'alcool consommées par jour du groupe recevant un TAO consommant quotidiennement de l'alcool , du groupe recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool , du groupe sans addiction et du groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.

	Sous-groupe TAO consommant quotidiennement de l'alcool (n=29)	Sous-groupe TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool (n=30)	Groupe sans addiction (n=59)	Groupe Alcool quotidien (n=59)
Quantité d'alcool consommée par jour (g/jour)	193 ± 122	30 ± 8	42 ± 28	163 ± 113

Il n'y avait pas de différences concernant les quantités moyennes d'alcool consommées dans le sous-groupe de patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool (193 ± 122,1 g/jour) et dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (163 ± 113,6 g/jour ; Krustal-Wallis Test : U=547, NS). Par ailleurs, la fréquence des patients admis pour intoxication éthylique aigue (IEA) était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool (près d'un patient sur deux, n=14) que dans le groupe de patients recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool (un patient sur 10, n = 3). Néanmoins, la taille des échantillons ne permettait pas d'analyse statistique (tableau 6). Enfin, 7% (n=2) des patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool et un cinquième (n=6) des patients du groupe de patients recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool ont déclaré être en rémission d'une dépendance à l'alcool.

3.4.2 Comorbidités psychiatriques

- La fréquence des troubles de personnalité selon les critères CIM-10 était comparable dans les quatre groupes (tableau 6)
- La fréquence des troubles de la personnalité dyssociale était comparable dans les quatre groupes (tableau 6).
- Il n'y avait pas de différence significative entre les quatre groupes concernant la fréquence des tentatives de suicide, des comportements suicidaires, des antécédents de troubles dépressifs et de troubles anxieux.
- Il y avait un patient présentant un trouble bipolaire et trois patients présentant un trouble psychotique dans le groupe de patient recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool. Il n'y avait aucun patient présentant de trouble bipolaire et un seul patient présentant un trouble psychotique dans le groupe de patients recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool. La taille de ces échantillons ne permettait pas d'analyse statistique.

3.4.3 Traitements psychotropes

La fréquence des patients traités par benzodiazépines dans le groupe de patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool (62%) était plus élevée que dans le groupe de patients sans addiction (35%). La fréquence des patients traités par benzodiazépines dans le groupe de patients recevant un TAO et ne consommant pas quotidiennement de l'alcool (70%) était également plus élevée que dans le groupe sans addiction (35%). La fréquence des patients traités par benzodiazépines étaient comparables dans le groupe recevant un TAO consommant quotidiennement de l'alcool, dans le groupe recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool et dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (54%) (tableau6). Il n'y avait pas de différence entre les quatre groupes concernant la fréquence des antidépresseurs et des traitements hypnotiques. On observait alors que c'était le fait de remplir les critères de dépendance à une substance, opioïde ou alcool, qui était corrélé avec la fréquence élevée de patients traités par benzodiazépine.

3.4.4 Orientation

La fréquence des patients rentrant au domicile après prise en charge était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool que dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (tableau 9). Il n'y

avait pas de différence significative entre les quatre groupes concernant les autres orientations (tableau 9).

Tableau 9 : orientation du sous-groupe de patients recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool (Groupe TAO Alcool quotidien (+)), du sous-groupe de patients recevant un TAO et ne consommant pas d'alcool quotidiennement (Groupe TAO Alcool quotidien (-)), du groupe sans addiction (n=59) et du groupe de patients sans TAO consommant de l'alcool quotidiennement (n=59), (Groupe Alcool Quotidien).

Fréquences	Groupe TAO Alcool quotidien (+) (n=29)	Groupe TAO Alcool quotidien (-) (n=30)	Groupe TAO Alcool quotidien (+) Vs Groupe sans addiction		Groupe TAO Alcool quotidien (-) VS Groupe sans addiction		Groupe TAO Alcool quotidien (+) Vs Groupe TAO Alcool quotidien (-)		Groupe TAO Alcool quotidien (+) Vs Groupe Alcool quotidien		Groupe TAO Alcool quotidien (-) Vs Groupe Alcool quotidien	
			Chi2	p	Chi 2	p	Chi 2	p	Chi 2	p	Chi2	p
Retour à domicile	22 (76%)	23 (77%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	4,23 0,03
Hospitalisation MCO	5 (17%)	7 (23%)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Hospitalisation services psychiatriques	2 (7%)	0	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

4 Discussion

L'objectif principal de cette étude était de comparer les caractéristiques cliniques d'un groupe de patients recevant un TAO à un groupe de patients sans TAO. Nous avons retrouvé que :

- La fréquence du tabagisme quotidien était significativement plus élevée dans le groupe recevant un TAO (80 %) que dans le groupe sans TAO (59%).
- La fréquence de troubles de la personnalité dyssociale était deux fois et demi plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (26%) que dans le groupe sans TAO (10%).
- La fréquence de patients traités par benzodiazépines était presque deux fois plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (64%) que dans le groupe sans TAO (36%).
- En revanche, la fréquence de la consommation quotidienne d'alcool était significativement plus élevée dans le groupe sans TAO (67%) que dans le groupe recevant un TAO (50%).

- Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes concernant la fréquence des autres troubles psychiatriques, la fréquence des traitements antidépresseurs et hypnotiques.

Concernant les objectifs secondaires, les résultats étaient comparables lorsque 3 groupes ont été comparés (groupe de patients recevant un TAO, groupe de patients sans addiction et groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool) et lorsque quatre groupes ont été comparés (groupe de patients recevant un TAO consommant quotidiennement de l'alcool, groupe de patients recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool, groupe de patients sans addiction et groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool).

En comparant trois ou quatre groupes, nous avons retrouvé principalement que :

- La fréquence du tabagisme quotidien dans le groupe de patients recevant un TAO était plus élevée (80%) que dans le groupe sans addiction (52%) mais comparable au groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.
- Les patients fumeurs recevant un TAO et consommant quotidiennement de l'alcool fumaient significativement plus (23 cigarettes par jour en moyenne) que les patients fumeurs recevant un TAO ne consommant pas quotidiennement de l'alcool (16 cigarettes par jour en moyenne) et par rapport aux patients fumeurs du groupe sans addiction (17 cigarettes par jour).
- La fréquence des troubles de la personnalité dyssociale était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (27%) que dans le groupe sans addiction (12%) mais comparable au groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool.
- La fréquence des patients traités par benzodiazépines était deux fois plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (66%) que dans le groupe sans addiction (34%) mais comparable à la fréquence des patients traités par benzodiazépines dans le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool (54%).
- La fréquence de fumeurs quotidiens, la fréquence de patients recevant un traitement par benzodiazépine et la fréquence de patients présentant un trouble de la personnalité dyssociale était plus élevée dans les groupes de patients remplissant des critères de dépendance à une substance, opioïdes ou alcool que dans le groupe sans addiction. Les quantités de tabac/jour étaient plus élevées chez les consommateurs d'alcool.
- La comparaison des sous-groupes de patients recevant un TAO consommant ou non de l'alcool quotidiennement n'a pas apporté d'informations complémentaires.

4.1 Force de l'étude

A notre connaissance, il n'y a pas à ce jour dans la littérature scientifique d'étude qui ait évalué les caractéristiques cliniques des patients recevant un TAO admis dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. La plupart des connaissances actuelles sur les comorbidités psychiatriques des patients recevant un TAO ont été obtenues sur des sujets ayant reçu des TAO dans des structures de soins spécialisées en addictologie, notamment sur des patients suivis en ambulatoire, en particulier dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

4.2 Limites de l'étude

4.2.1 Biais déclaratifs

Il est possible que les patients aient minimisé leurs consommations. Nos données étaient basées principalement sur les informations recueillies lors des consultations addictologiques. Il n'y a pas eu d'analyses toxicologiques systématiques. De plus, l'étude était fondée sur des diagnostics cliniques selon les critères CIM-10, sans utiliser des entretiens structurés de type CIDI ou SCID, générant des diagnostics standardisés, ni d'échelle de dépistage standardisé de type *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), Test de Fagerström limitant la généralisation des résultats de l'étude.

4.2.2 Biais de mémorisation

Les patients consommant une ou plusieurs substance (s), en particulier l'alcool et le cannabis, et à fortiori consommant régulièrement pouvaient avoir plus de difficultés à se remémorer leurs consommations et donc pouvaient avoir tendance à les sous-estimer, en particulier le groupe de patients recevant un TAO et le groupe de patients sans TAO consommant quotidiennement de l'alcool. De plus, l'utilisation de traitements par benzodiazépines par plus de 50% des patients de l'étude, ont pu aggraver les biais de mémorisation.

4.2.3 Biais de sélection

Le groupe de patients sans addiction ne pouvait pas réellement être considéré comme un groupe témoin, représentatif de la population générale parce qu'ils étaient adressés en Addictologie, même s'ils ne remplissaient pas les critères CIM-10 de dépendance, par exemple s'ils remplissaient les critères d'usage simple, d'usage à risque ou d'usage nocif.

4.2.4 Puissance statistique

Dans certains sous-groupes, le nombre de patients était trop faible, notamment ceux présentant des troubles anxieux (n=3) et des troubles dépressifs (n=9) pour avoir une puissance statistique suffisante pour conclure définitivement.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Tabagisme chez les patients recevant un TAO

Selon le Baromètre de Santé Publique France en 2018, la prévalence du tabagisme quotidien était de 25,4% (28,2% des hommes et 22,9% des femmes) [18]. Nous avons trouvé que plus de 80% des patients recevant un TAO fumaient quotidiennement, soit plus de trois fois plus qu'en population générale. Le groupe de patients sans addiction, qui est le reflet le plus proche de la population générale, comptait 52% de fumeurs quotidiens, soit deux fois plus que la population générale.

Cette fréquence élevée du tabagisme dans la population de patients sous TAO a été retrouvée dans plusieurs études antérieures qui ont rapporté des fréquences de tabagisme entre 92 et 98% chez des patients sous méthadone[6] [7] [8] [19] [20].

Une revue de la littérature sur 54 études couvrant la période 1987-2013, sur un total de 37 364 participants, a recherché la fréquence du tabagisme chez des patients recevant un traitement pour une addiction, chez des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire[21].

La fréquence du tabagisme était de 85 % chez les patients traités pour une dépendance aux opioïdes, 81 % chez les patients traités pour une dépendance à l'alcool et à une autre substance et 75 % chez les patients traités pour une dépendance uniquement à l'alcool.

Une étude basée sur des données du National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) de 2006 à 2014, a évalué la dépendance à la nicotine chez les patients ayant une dépendance aux opioïdes en utilisant la *Nicotine Dependence Syndrome Scale* (NDSS) [22]. Cette étude a retrouvé que les fumeurs ayant une dépendance aux opioïdes présentaient une dépendance à la nicotine plus sévère que les fumeurs n'ayant pas de dépendance aux opioïdes.

Les quantités quotidiennes de tabac consommées dans tous les groupes était supérieure à celle observée dans la population générale : dans le Baromètre de Santé Publique France 2018, les fumeurs quotidiens dans la population générale consommaient 13 cigarettes par jour en moyenne[18]. Dans notre étude, la consommation tabagique moyenne était d'environ 21 cigarettes par jour chez les fumeurs du groupe de patients recevant un TAO, 19 cigarettes par

jour chez les fumeurs du groupe sans TAO et de 17 cigarettes par jour chez les fumeurs du groupe sans addiction.

Les quantités quotidiennes de tabac consommées par les patients de notre étude étaient comparables avec celles retrouvées dans une étude sur 305 patients dépendants à l'héroïne, dans laquelle la consommation moyenne était de 20,5 cigarettes par jour [19]. Dans une étude évaluant 179 patients traités par méthadone depuis au moins 30 jours et suivi en ambulatoire, 165 patients fumaient en moyenne 24,8 cigarettes par jour [8]. Dans une autre étude, sur 550 patients recevant un traitement par méthadone, la consommation moyenne était de 20 cigarettes par jour [23].

Dans le groupe de patients traités par TAO inclus dans notre étude, seulement deux patients suivaient un traitement substitutif à la nicotine (3%). Plusieurs études ont également rapporté une sous-utilisation des traitements substitutifs à la nicotine chez les patients recevant un TAO [6], [24], [23]. Dans une étude naturalistique de 655 patients sous méthadone aux Etats-Unis, où les politiques publiques favorisant l'arrêt du tabac sont actives, 75% des fumeurs ont déclaré avoir essayé d'arrêter de fumer spontanément sans succès, en moyenne 5 fois [23]. Néanmoins, seulement 10% de ces patients avaient eu recours antérieurement à un traitement substitutif de nicotine [23]. Au total, dans cette étude, 12% seulement des fumeurs sous méthadone avaient arrêté de fumer contre 50% en population générale [23].

Dans les études antérieures, une barrière importante à la mise en place d'un traitement pour l'arrêt du tabac chez les patients recevant un TAO, était le manque de formation du personnel et l'idée que l'arrêt du tabac chez ce type de patients pouvait compromettre les TAO [6], [21], [25], [26]. Pourtant, l'arrêt du tabac n'interfère pas sur les thérapies de substitution aux opioïdes et il pourrait même permettre une diminution du taux de rechutes [6], [27], [28], [29].

Il est important de souligner qu'en France, comme ailleurs le tabagisme reste la première cause de décès évitable (73 000 décès prématurés liés directement au tabac) [30]. Les patients sous TAO sont plus souvent dépendants au tabac, consomment du tabac en plus grande quantité et rencontrent plus de difficultés à l'arrêt du tabac.

Il est donc primordial de prendre en charge la dépendance au tabac chez les patients sous TAO en proposant systématiquement un traitement nicotinique substitutif lors de l'admission aux urgences et en post-urgences dans les hôpitaux généraux. Il convient aussi de mettre en œuvre une intervention psychothérapique en particuliers par RPIB (Repérage Précoce Intervention

Brève) pour favoriser la prise de conscience et les changements de comportement des patients vis-à-vis des substances [31] [32].

4.3.2 Consommation d'alcool chez les patients recevant un TAO.

En France, en 2017, selon l'Observatoire Français des Drogues Et Des Toxicomanies (OFDT), 10% des 18-75 ans consommaient quotidiennement de l'alcool[33]. On observait une diminution de la prévalence des consommations quotidiennes d'alcool chez les 18-75 ans de 2000 et 2014 passant de 21,5% à 9,3% avant de se stabiliser autour de 10% [34].

Dans notre étude, environ 50% des patients recevant un TAO consommaient de l'alcool quotidiennement soit cinq fois plus qu'en population générale. Ces résultats sont en accord avec d'autres études, qui ont rapporté que 30 à 50% des patients recevant un traitement substitutif aux opioïdes avaient un trouble lié à l'usage de l'alcool [35], [36], [37], [38]. Une étude allemande, sur 1685 patients hospitalisés pour un sevrage aux opioïdes, a évalué la fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (>40 g d'alcool pur par jour) dans trois groupes de patients : un groupe de patients recevant un traitement par méthadone, un groupe de patient consommant de l'héroïne quotidiennement, et un autre groupe de patients recevant un traitement par dihydrocodeïne [39]. Sur 137 patients recevant un traitement par méthadone, 36,5% consommaient plus de 40g d'alcool pur par jour tandis que sur 275 consommant de l'héroïne quotidiennement ne recevant pas de traitement, 16% consommaient plus de 40 grammes d'alcool pur par jour. La cooccurrence d'une dépendance à l'alcool chez des patients sous TAO, augmente le risque de rechute de chacun des deux troubles, c'est-à-dire une augmentation des rechutes chez les patients qui avait un trouble lié à l'usage d'alcool, et aussi un risque accru d'arrêt du traitement substitutif aux opioïdes [40].

En France, la consommation d'alcool moyenne en population générale était de 5,1 verres d'alcool pur par semaine, soit moins d'un verre d'alcool pur par jour [41]. Dans notre étude, la consommation moyenne d'alcool était environ de 180 grammes par jour, dans le groupe de patients suivant un TAO, soit 18 verres standard par jour et de 16 verres standard par jour dans le groupe de patients sans TAO consommateurs quotidiens d'alcool.

Dans notre étude, les patients sous TAO étaient plus souvent consommateurs quotidiens d'alcool, consommaient de l'alcool en plus grande quantités. Comme d'après certaines études ces sujets rencontraient plus de difficultés à l'arrêt de l'alcool[40], il est donc très important de prendre en charge le trouble lié à l'usage d'alcool chez les patients sous TAO.

4.3.3 Consommation de cannabis de cocaïne et d'autres drogues chez les patients recevant un TAO

En France, selon l'OFDT l'usage de cannabis des 18-64 ans, sur les 12 derniers mois, concernait 11% de la population, l'usage régulier concernait 3,2% et l'usage quotidien concernait 2,2% de la population générale en 2017 [33]. Dans notre étude, 48% des patients suivant un TAO consommaient du cannabis au moins de manière occasionnelle et 17% en consommaient quotidiennement. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature chez les patients recevant un TAO [9], [10].

Dans notre étude, parmi les patients recevant un TAO, environ 25% consommaient de la cocaïne au moins de manière occasionnelle, ce qui est cohérent avec plusieurs études ayant retrouvé des fréquences élevées de consommation de cocaïne chez les patients recevant un TAO [2] [42] , [43].

Selon les données de la littérature, la polyconsommation de substances est très répandue parmi les patients recevant un TAO [44]. Plusieurs études ont rapporté dans les antécédents de patients ayant une dépendance à l'héroïne et débutant un traitement de substitution l'usage régulier d'autres substances, notamment le tabac, l'alcool, le cannabis [45] [46] [47]. Une étude a retrouvé chez les patients ayant une dépendance à l'héroïne : 49% de dépendance à l'alcool, 40% au cannabis, 6% à la cocaïne, 24% aux amphétamines, et 16% aux benzodiazépines [48]. Les patients remplissaient les critères de dépendance de 2,3 substances en moyenne et il existait un lien linéaire entre le nombre de dépendances et le nombre de comorbidités psychiatriques et plus particulièrement pour les troubles dépressifs et les troubles anxieux [48].

Enfin, il faut souligner que l'utilisation de plusieurs substances augmente significativement le risque d'overdose et de décès [49] , [50]. Compte tenu du risque cumulatif de mortalité lié à l'usage de plusieurs substances, il est important d'identifier les troubles liés à l'usage des autres substances chez les patients recevant un TAO et de traiter les autres addictions.

4.3.4 Troubles psychiatriques chez les patient recevant un TAO

Les caractéristiques cliniques de la population de patients recevant un TAO dans notre étude étaient comparables aux caractéristiques cliniques des patients TAO retrouvées dans la littérature [2].

- Concernant les troubles dépressifs, leur prévalence en France était en 2017 de 9,8% chez les 18-75 ans [51]. Nos résultats sont cohérents avec ces données, avec 12% de troubles

dépressifs dans le groupe de patients sous TAO. Cependant les données de la littérature scientifique, rapportent pour leur part une prévalence variant de 15,8% à 50% de troubles dépressifs parmi les personnes suivant un traitement substitutif aux opioïdes [15] , [52] , [53] , [54] , [55]. Les troubles dépressifs ont peut-être été sous-estimés dans notre étude du fait de l'absence d'utilisation d'entretiens structurés pour générer des diagnostics CIM-10. En outre, il pouvait y avoir un manque d'exhaustivité dans le recueil des données de notre étude.

Plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt de traiter les troubles psychiatriques et les addictions simultanément, aussi bien sur le plan pharmacologique que sur le plan des psychothérapies, notamment cognitivo-comportementales (TCC) [30]. Des études spécifiques chez les patients héroïnomanes déprimés ont montré que les antidépresseurs tricycliques et le citalopram étaient efficaces [2].

- Concernant les troubles de la personnalité, leur prévalence varie entre 9 et 10% en population générale. Elle est comprise entre 1 et 4 % pour le trouble de la personnalité dyssociale [56], [57], [58], [59]. Dans notre étude, environ 35% des patients recevant un TAO avaient un trouble de la personnalité et 26% avaient un trouble de la personnalité dyssociale. Ces données sont cohérentes avec les données de la littérature puisque dans la population spécifique des TAO, on retrouve une prévalence du trouble de la personnalité dyssociale comprise entre 25 à 42% [15] , [53,] [60]. Dans une méta-analyse chinoise de 3692 patients traités pour dépendance à l'héroïne la fréquence des troubles de la personnalité antisociale (critères DSM) était de 30% [61].

4.3.5 Consommation de benzodiazépines chez les patients recevant un TAO.

En 2019, la prévalence de l'utilisation sur le long terme de benzodiazépines en France était de 2,8% pour les hommes et de 3,8% pour les femmes [62]. Dans notre étude, la fréquence d'utilisation de benzodiazépine était d'environ 64% chez les patients recevant un TAO et de 43% chez les patients ne recevant pas de TAO, la fréquence d'utilisation de benzodiazépines dans notre étude était donc plus élevée qu'en population générale.

Toutefois, ces résultats sont en phase avec les données de la littérature chez les sujets traités par TAO [2]. Dans une étude norvégienne, 40% des patients sous TAO avaient reçu au moins une prescription de benzodiazépines, contre 5% en population générale [63]. La prescription de benzodiazépines avait entraîné plus d'admission dans les services des urgences chez les patients recevant un traitement par benzodiazépine dans un contexte de blessures accidentelles [64]. Les

effets indésirables des traitements par benzodiazépines au long cours sont bien documentés, aussi il est important de sensibiliser les prescripteurs sur la vigilance à adopter lors de la prescription de ces traitements au sein de la population spécifique des patients sous TAO.

5 Conclusion

Les caractéristiques cliniques de la population de patients recevant un TAO dans notre étude étaient comparables aux caractéristiques cliniques des patients TAO retrouvées dans la littérature. La fréquence du tabagisme quotidien, de la consommation d'alcool quotidienne et des troubles de la personnalité dyssociale étaient élevées dans cette population. Il faut donc souligner l'importance du dépistage systématique de ces comorbidités chez les patients recevant un TAO admis aux urgences ou hospitalisés en post-urgences dans les CHG et les CHU.

Il est important de mettre en œuvre systématiquement dès l'admission, un traitement nicotinique substitutif et de prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage en alcool par l'utilisation des thérapeutiques adaptés. Il convient aussi de mettre en œuvre une intervention psychothérapique en particulier par Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) et des approches motivationnelles pour favoriser les changements de comportements chez les patients [31] [32]. Le RPIB, bref, est particulièrement adaptée aux services d' Urgences et en post-urgences. Enfin il faut tenir compte de la fréquence élevée des troubles de la personnalité dyssociale dans cette population sous TAO par des attitudes adaptées, notamment pour gérer leur agressivité et leur impulsivité.

6 Bibliographie

1. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » Mise à jour septembre 2020. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO200916.pdf>. :21.
2. Dervaux A, Laqueille X. Addictions à l'héroïne et à la cocaïne. EMC - Psychiatr. janv 2009;6(1):1-19.
3. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and Co-Occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. *Alcohol Res Health*. 2006;29(2):107-20.
4. Fatséas M, Lavie E, Denis C, Franques-Rénéric P, Tignol J, Auriacombe M. Sevrage aux benzodiazépines des sujets dépendants aux opiacés en traitement de substitution. *Presse Med*. 1 avr 2006;35:599-606.
5. Helle AC, Watts AL, Trull TJ, Sher KJ. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res Curr Rev*. 2019;40(1).
6. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A Meta-Analysis of Smoking Cessation Interventions With Individuals in Substance Abuse Treatment or Recovery. :13.
7. Berger H, Schweigler M. Smoking Characteristics Of Methadone Patients. *JAMA*. 6 nov 1972;222(6):705-705.
8. Clemmey P, Brooner R, Chutuape MA, Kidorf M, Stitzer M. Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance treatment population. *Drug Alcohol Depend*. 14 mars 1997;44(2):123-32.
9. Balhara YPS, Jain R. Cannabis use among opioid-dependent individuals on opioid substitution therapy. *J Pharmacol Pharmacother*. 2014;5(3):203-5.
10. Scavone JL, Sterling RC, Weinstein SP, Van Bockstaele EJ. Impact of cannabis use during stabilization on methadone maintenance treatment. *Am J Addict*. août 2013;22(4):344-51.
11. Brisacier - L'objectif du tableau de bord annuel « Traitements.pdf [Internet]. [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO190308.pdf>
12. Khantzian E. The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. In 1987. p. 65-74.
13. Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):118-20.
14. Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H, Wilber C. Heterogeneity of Psychiatric Diagnosis in Treated Opiate Addicts. *Arch Gen Psychiatry*. 1 févr 1982;39(2):161-6.
15. Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Brooner RK. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug Alcohol Depend*. 10 mai 2004;74(2):115-22.

16. Ross J, Teesson M, Darke S, Lynskey M, Ali R, Ritter A, et al. The characteristics of heroin users entering treatment: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Rev.* sept 2005;24(5):411-8.
17. Assal S, Angerville B, Naassila M, Dervaux A. Caractéristiques cliniques des patients traités par agonistes opioïdes en addictologie de liaison. 2020;
18. Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(15):270-1. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_0.html.
19. Pajusco B, Chiamulera C, Quaglio G, Moro L, Casari R, Amen G, et al. Tobacco Addiction and Smoking Status in Heroin Addicts under Methadone vs. Buprenorphine Therapy. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(3).
20. Richter KP, Gibson CA, Ahluwalia JS, Schmelzle KH. Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. *Am J Public Health.* févr 2001;91(2):296-9.
21. Gyuish J, Passalacqua E, Pagano A, Martínez C, Le T, Chun J, et al. An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addict Abingdon Engl.* 2015/09/22 éd. févr 2016;111(2):220-30.
22. Parker MA, Streck JM, Sigmon SC. Associations between opioid and nicotine dependence in nationally representative samples of United States adult daily smokers. *Drug Alcohol Depend.* 1 mai 2018;186:167-70.
23. Richter KP, Gibson CA, Ahluwalia JS, Schmelzle KH. Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. *Am J Public Health.* févr 2001;91(2):296-9.
24. Wapf V, Schaub M, Klaesler B, Boesch L, Stohler R, Eich D. The barriers to smoking cessation in Swiss methadone and buprenorphine-maintained patients. *Harm Reduct J.* 18 mars 2008;5(1):10.
25. Knudsen HK, Studts JL. The implementation of tobacco-related brief interventions in substance abuse treatment: A national study of counselors. *J Subst Abuse Treat.* 1 avr 2010;38(3):212-9.
26. Clark RE, Samnaliev M, Baxter JD, Leung GY. The evidence doesn't justify steps by state Medicaid programs to restrict opioid addiction treatment with buprenorphine. *Health Aff Proj Hope.* août 2011;30(8):1425-33.
27. Reid MS, Jiang H, Fallon B, Sonne S, Rinaldi P, Turrigiano E, et al. Smoking cessation treatment among patients in community-based substance abuse rehabilitation programs: Exploring predictors of outcome as clues toward treatment improvement. *Am J Drug Alcohol Abuse.* sept 2011;37(5):472-8.
28. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat.* mars 2009;36(2):205-19.
29. Burling TA, Marshall GD, Seidner AL. Smoking cessation for substance abuse inpatients. *J Subst Abuse.* 1 janv 1991;3(3):269-76.

30. Laqueille X, Lacombe M, Dervaux A. Aspects épidémiologiques de l'alcoolodépendance. *Presse Médicale*. 1 juin 2018;47(6):535-46.
31. Qu'est-ce que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) ? [Internet]. Alcool Info Service. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/depistage-evaluation/RPIB-theorie>
32. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
33. Michot I. Drogues, chiffres clés. Julien Morel d'Arleux Coordination : Julie-Emilie Adès Maquette : Frédérique Million. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>. 2019;8.
34. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>. :18.
35. Hillebrand J, Marsden J, Finch E, Strang J. Excessive alcohol consumption and drinking expectations among clients in methadone maintenance. *J Subst Abuse Treat*. oct 2001;21(3):155-60.
36. Ryder N, Cullen W, Barry J, Bury G, Keenan E, Smyth BP. Prevalence of problem alcohol use among patients attending primary care for methadone treatment. *BMC Fam Pract*. 11 juin 2009;10(1):42.
37. Hunt DE, Strug DL, Goldsmith DS, Lipton DS, Robertson K, Truitt L. Alcohol Use and Abuse: Heavy Drinking among Methadone Clients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1 janv 1986;12(1-2):147-64.
38. Soyka M. Alcohol Use Disorders in Opioid Maintenance Therapy: Prevalence, Clinical Correlates and Treatment. *Eur Addict Res*. 2015;21(2):78-87.
39. Backmund M, Schütz CG, Meyer K, Eichenlaub D, Soyka M. Alcohol Consumption in Heroin Users, Methadone-Substituted and Codeine-Substituted Patients – Frequency and Correlates of Use. *Eur Addict Res*. 2003;9(1):45-50.
40. Stenbacka M, Beck O, Leifman A, Romelsjö A, Helander A. Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Rev*. janv 2007;26(1):55-63.
41. Bourdillon F. Éditorial. Alcool et réduction des risques. *Bull Épidémiol Hebd*. 2019;(5-6):88-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_0.html.
42. Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome. New York: Springer-Verlag; 1991. 283 p.
43. Condelli WS, Fairbank JA, Dennis ML, Rachal JV. Cocaine use by clients in methadone programs: significance, scope, and behavioral interventions. *J Subst Abuse Treat*. 1991;8(4):203-12.

44. Heikman PK, Muhonen LH, Ojanperä IA. Polydrug abuse among opioid maintenance treatment patients is related to inadequate dose of maintenance treatment medicine. *BMC Psychiatry*. 6 juill 2017;17(1):245.
45. Zinkernagel C, Naef MR, Bucher HC, Ladewig D, Gyr N, Battegay M. Onset and pattern of substance use in intravenous drug users of an opiate maintenance program. *Drug Alcohol Depend*. 1 sept 2001;64(1):105-9.
46. Li L, Sangthong R, Chongsuvivatwong V, Mcneil E, Li J. Lifetime multiple substance use pattern among heroin users before entering methadone maintenance treatment clinic in Yunnan, China: Lifetime multiple substance use pattern. *Drug Alcohol Rev*. 26 janv 2010;29(4):420-5.
47. Varjonen V. Finland Drug Situation 2014. Disponible sur : <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/984/Finland%20Drug%20Situation%202014.pdf> 2014;148.
48. Darke S, Ross J. Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug Alcohol Depend*. 25 nov 1997;48(2):135-41.
49. Darke S, Ross J, Zador D, Sunjic S. Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996. *Drug Alcohol Depend*. 1 août 2000;60(2):141-50.
50. Ochoa KC, Hahn JA, Seal KH, Moss AR. Overdosing among young injection drug users in San Francisco. *Addict Behav*. juin 2001;26(3):453-60.
51. Chevance A, Gaillard R. Éditorial. La dépression, du mal-être à la maladie. *Bull Épidémiol Hebd*. 2018;(32-33):636-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_0.html.
52. Yin W, Pang L, Cao X, McGoogan JM, Liu M, Zhang C, et al. Factors associated with depression and anxiety among patients attending community-based methadone maintenance treatment in China. *Addiction*. 2015;110(S1):51-60.
53. Peles E, Schreiber S, Naumovsky Y, Adelson M. Depression in methadone maintenance treatment patients: rate and risk factors. *J Affect Disord*. avr 2007;99(1-3):213-20.
54. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*. janv 1997;54(1):71-80.
55. Weissman MM, Slobetz F, Prusoff B, Mezritz M, Howard P. Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *Am J Psychiatry*. déc 1976;133(12):1434-8.
56. Lenzenweger M, Lane M, Loranger A, Kessler R. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 1 oct 2007;62:553-64.
57. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Personal Disord*. août 2010;24(4):412-26.

58. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 2006;188:423-31.
59. Neumann CS, Hare RD. Psychopathic traits in a large community sample: links to violence, alcohol use, and intelligence. *J Consult Clin Psychol.* oct 2008;76(5):893-9.
60. Gill K, Nolimal D, Crowley TJ. Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend.* août 1992;30(3):247-52.
61. Zhong B, Xiang Y, Cao X, Li Y, Zhu J, Chiu HFK. Prevalence of antisocial personality disorder among Chinese individuals receiving treatment for heroin dependence: a meta-analysis. *Shanghai Arch Psychiatry.* oct 2014;26(5):259-71.
62. Airagnes G, Lemogne C, Renuy A, Goldberg M, Hoertel N, Roquelaure Y, et al. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health [Internet].* 14 mai 2019 [cité 28 févr 2021];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6518636/>
63. Bramness JG, Kornør H. Benzodiazepine prescription for patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Drug Alcohol Depend.* 8 oct 2007;90(2-3):203-9.
64. Schuman-Olivier Z, Hoepfner BB, Weiss RD, Borodovsky J, Shaffer HJ, Albanese MJ. Benzodiazepine use during buprenorphine treatment for opioid dependence: clinical and safety outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1 oct 2013;132(3):580-6.

7 Annexes

Annexe 1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances (CIM-10)

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)

Ce groupe comprend de nombreux troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives prescrites ou non par un médecin. Le troisième caractère du code identifie la substance impliquée alors que le quatrième caractère sert à spécifier les tableaux cliniques ; les quatrième caractères doivent être utilisés, selon les besoins, pour chacune des substances indiquées ; il convient toutefois de noter que les quatrième caractères du code ne sont pas tous applicables à chaque substance.

L'identification de la substance psychoactive doit se faire à partir de toutes les sources d'information possibles. Ces dernières comportent : les informations fournies par le sujet lui-même, les analyses de sang, d'urine etc., les symptômes physiques et psychologiques caractéristiques, les signes et comportements cliniques, les drogues trouvées chez le patient, les renseignements de tierces personnes bien informées. De nombreux sujets consomment plusieurs catégories de substances psychoactives différentes. Le diagnostic principal se fera, si possible, en fonction de la substance toxique (ou de la catégorie de substances toxiques) qui est responsable du tableau clinique ou qui en détermine les caractéristiques essentielles. Des diagnostics supplémentaires doivent être codés quand d'autres substances psychoactives ont été consommées en quantité suffisante pour provoquer une intoxication (quatrième caractère .0), des conséquences nocives (quatrième caractère .1), une dépendance (quatrième caractère .2) ou d'autres troubles (quatrième caractère .3-9).

Le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances multiples (F19) doit être réservé à des cas où le choix des substances psychoactives se fait de façon chaotique et sans discrimination, ou dans lesquels il n'est pas possible de différencier les effets provenant des unes ou des autres.

À l'exclusion de : abus de substances n'entraînant pas de dépendance (F55.-)

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme quatrième caractère avec les rubriques F10-F19 :

.0 Intoxication aigüe

État consécutif à la prise d'une substance psychoactive et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, de l'affect ou du comportement ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques. Les perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de la substance consommée et disparaissent avec le temps avec guérison complète, sauf dans les cas ayant entraîné des lésions organiques ou d'autres complications. Parmi les complications, on peut citer : les traumatismes, les fausses routes avec inhalation de vomissements, le délirium, le coma, les convulsions et d'autres complications médicales. La nature de ces complications dépend de la catégorie pharmacologique de la substance consommée et de son mode d'administration.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour préciser le tableau clinique :

- 0 sans complication
- 1 avec traumatismes ou autres blessures physiques
- 2 avec d'autres complications médicales
- 3 avec délirium
- 4 avec distorsion des perceptions
- 5 avec coma
- 6 avec convulsions
- 7 intoxication pathologique

États de transe et de possession au cours d'une intoxication par une substance psychoactive

Intoxication pathologique

Ivresse :

- SAI
- (alcoolique) aigüe
- « Mauvais voyages » (drogues)

À l'exclusion de : intoxication signifiant empoisonnement (T36–T50)

.1 Utilisation nocive pour la santé

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple : hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple : épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Abus d'une substance psychoactive

.2 Syndrome de dépendance

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psychoactive spécifique (par exemple : le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple : les substances opiacées), ou un ensemble plus vaste de substances psychoactives pharmacologiquement différentes.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième et sixième caractères pour spécifier le tableau clinique :

0 actuellement abstinent

00 actuellement abstinent en rémission récente

01 actuellement abstinent en rémission partielle

02 actuellement abstinent en rémission complète

1 actuellement abstinent mais dans un environnement protégé

2 suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale

3 actuellement abstinent mais prend des médicaments aversifs ou bloquants

4 utilise actuellement la drogue [dépendance active]

40 dépendance active sans signe physique

41 dépendance active avec signe physique

5 utilisation continue

6 utilisation épisodique (dipsomanie)

Alcoolisme chronique

Dipsomanie

Toxicomanie

- F10** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F11** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F12** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F13** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F14** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F15** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F16** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F17** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F18** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]
- F19** **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives**
[Voir avant F10 pour les subdivisions]

Cette catégorie doit être utilisée quand au moins deux substances psychoactives sont utilisées, sans qu'il soit possible de déterminer laquelle est principalement en cause dans le trouble. Cette catégorie doit également être utilisée quand la nature exacte de certaines – voire de l'ensemble – des substances psychoactives utilisées est incertaine ou inconnue, de nombreux consommateurs de drogues multiples ne sachant pas exactement eux-mêmes ce qu'ils prennent.

Comprend : utilisation inadéquate de drogues SAI

Annexe 2 Troubles Anxieux (CIM-10)

F41

Autres troubles anxieux

Troubles caractérisés essentiellement par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. Ils peuvent s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de certaines manifestations traduisant une anxiété phobique, ces manifestations étant toutefois manifestement secondaires ou peu sévères.

F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]

Les caractéristiques essentielles de ce trouble sont des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est de ce fait imprévisible. Comme dans d'autres troubles anxieux, les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité (dépersonnalisation ou déréalisation). Il existe par ailleurs souvent aussi une peur secondaire de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou. On ne doit pas faire un diagnostic principal de trouble panique quand le sujet présente un trouble dépressif au moment de la survenue des attaques de panique ; les attaques de panique sont, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression.

Attaque
État | de panique

À l'exclusion de : trouble panique avec agoraphobie (F40.0)

F41.00 Trouble panique moyen

F41.01 Trouble panique sévère

F41.1 Anxiété généralisée

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Les symptômes essentiels sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de « tête vide », de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

État anxieux
Névrose | anxieuse
Réaction

À l'exclusion de : neurasthénie (F48.0)

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte

Cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

Dépression anxieuse (légère ou non persistante)

F41.3 Autres troubles anxieux mixtes

Symptômes anxieux s'accompagnant de caractéristiques d'autres troubles cités en F42-F48. Aucun symptôme considéré séparément n'est suffisamment grave pour justifier un diagnostic.

F41.8 Autres troubles anxieux précisés

Hystérie d'angoisse

F41.9 Trouble anxieux, sans précision

Anxiété SAI

Annexe 3 Episodes dépressifs CIM-10

F32

Épisodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression – léger, moyen ou sévère – le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

Comprend : épisodes isolés de :

- dépression :
 - psychogène
 - réactionnelle
- réaction dépressive

À l'exclusion de : associés à un trouble des conduites en F91.- (F92.0)

trouble (de) :

- adaptation (F43.2)
- dépressif récurrent (F33.-)

F32.0 Épisode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste le plus souvent capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32.00 Épisode dépressif léger, sans syndrome somatique

F32.01 Épisode dépressif léger, avec syndrome somatique

F32.1 Épisode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

F32.10 Épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique

F32.11 Épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique

F32.2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents.

Dépression	agitée caractérisée majeure vitale	épisode isolé sans symptômes psychotiques
------------	---	---

F32.3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32.2) mais s'accompagnant par ailleurs d'hallucinations, d'idées délirantes ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

Épisodes isolés de :

- dépression :
 - majeure [caractérisée] avec symptômes psychotiques
 - psychotique
- psychose dépressive :
 - psychogène
 - réactionnelle

F32.30 Épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

F32.31 Épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

F32.8 Autres épisodes dépressifs

Dépression atypique

Épisodes isolés d'une dépression « masquée » SAI

F32.9 Épisode dépressif, sans précision

Dépression SAI

Trouble dépressif SAI

Annexe 4 Troubles de la personnalité dyssociale (CIM-10)

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)

Ce groupe comprend divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportement apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie. Les troubles spécifiques de la personnalité (F60.-), les troubles mixtes et autres troubles de la personnalité (F61.-) et les modifications durables de la personnalité (F62.-) représentent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable.

F60

Troubles spécifiques de la personnalité

Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité ; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable, apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte.

F60.2

Personnalité dyssociale

Trouble de la personnalité caractérisé par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui. Il y a un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement n'est guère modifié par les expériences vécues, y compris par les sanctions. Il existe une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y compris de la violence ; il y a une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement amenant le sujet à entrer en conflit avec la société par des rationalisations plausibles.

Personnalité :

- amonale
- antisociale
- asociale
- psychopathique
- sociopathique

À l'exclusion de : personnalité émotionnellement labile (F60.3)
trouble des conduites (F91)

Annexe 5 Questionnaire de l'étude

SERVICE DE PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE DE LIAISON. CHU 80054
AMIENS CEDEX.

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Service demandeur : _____ Médecin demandeur : _____

Médecin/Addictologues/Psychiatres traitants : _____

Pathologies actuelles : _____

Traitement actuels : _____

Motif d'appel : _____

AVIS ADDICTOLOGIQUE :

CIM-10:

	Tabac Nb cig/jour :		Alcool Consommation déclarée g/jour :		Cannabis Nb joints/jour :		Autres : Voies IV : Oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/> HVC + - HIV + -	
	Actuel	Passé	Actuel	Passé	Actuel	Passé	Actuel	Passé
Usage simple								
Usage à risque								
Usage nocif								
Dépendance								

Comorbidités psychiatriques :

- Troubles de l'humeur :
- Troubles de personnalité :
- Troubles anxieux :
- Troubles psychotiques :

CIM-10:

CIM-10:

CIM-10:

CIM-10:

Orientation :

Suivi Service de consultations d'Addictologie CHU Amiens : Oui : non :

Traitement(s) conseillé (s) :

Nom de l'interne :

Signature

8 Résumé

Aspects cliniques des patients recevant une substitution agoniste opioïde en addictologie de liaison au CHU d'Amiens.

Introduction : Peu d'études ont évalué les caractéristiques cliniques des patients recevant des traitements agonistes opioïdes (TAO) aux Urgences et en post-urgences dans les hôpitaux généraux. L'objectif de cette étude était d'évaluer ces caractéristiques chez des patients recevant un TAO en addictologie de liaison en CHU.

Méthodes : Parmi 652 patients évalués consécutivement pour des conduites addictives au CHU d'Amiens entre 2017 et 2020, 92 patients recevant un TAO ont été comparés à 523 patients ne recevant pas de TAO. Ce groupe a ensuite été apparié sur l'âge et le sexe à 92 patients ne recevant pas de TAO.

Résultats : La fréquence du tabagisme quotidien était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (80%) que dans le groupe sans TAO (59%). La fréquence des troubles de la personnalité dyssociale était deux fois et demi plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (26%) que dans le groupe sans TAO (10%). En revanche, il n'y avait pas de différences entre les groupes concernant la fréquence des autres troubles psychiatriques. Ces résultats restaient inchangés en effectuant des analyses complémentaires entre des sous-groupes de patients recevant un TAO, avec (n=29) ou sans (n=30) consommation quotidienne d'alcool, un groupe de patients sans TAO consommateurs quotidiens d'alcool (n=59) et de patients sans dépendance (critères CIM-10, n=59).

Conclusions : La fréquence élevée des consommations de tabac, d'alcool et des troubles de la personnalité dyssociales chez les patients recevant un TAO aux Urgences et en post-urgences dans les hôpitaux généraux, justifie un dépistage et une prise en charge systématique, notamment médicamenteuse et psychothérapique.

Mots clés : traitements agonistes opioïdes, tabac, alcool, trouble de la personnalité dyssociale, benzodiazépines, hôpital général.

Aspects cliniques des patients recevant une substitution agoniste opioïde en addictologie de liaison au CHU d'Amiens.

Introduction : Peu d'études ont évalué les caractéristiques cliniques des patients recevant des traitements agonistes opioïdes (TAO) aux Urgences et en post-urgences dans les hôpitaux généraux. L'objectif de cette étude était d'évaluer ces caractéristiques chez des patients recevant un TAO en addictologie de liaison en CHU.

Méthodes : Parmi 652 patients évalués consécutivement pour des conduites addictives au CHU d'Amiens entre 2017 et 2020, 92 patients recevant un TAO ont été comparés à 523 patients ne recevant pas de TAO. Ce groupe a ensuite été apparié sur l'âge et le sexe à 92 patients ne recevant pas de TAO.

Résultats : La fréquence du tabagisme quotidien était plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (80%) que dans le groupe sans TAO (59%). La fréquence des troubles de la personnalité dyssociale était deux fois et demi plus élevée dans le groupe de patients recevant un TAO (26%) que dans le groupe sans TAO (10%). En revanche, il n'y avait pas de différences entre les groupes concernant la fréquence des autres troubles psychiatriques. Ces résultats restaient inchangés en effectuant des analyses complémentaires entre des sous-groupes de patients recevant un TAO, avec (n=29) ou sans (n=30) consommation quotidienne d'alcool, un groupe de patients sans TAO consommateurs quotidiens d'alcool (n=59) et de patients sans dépendance (critères CIM-10, n=59).

Conclusions : La fréquence élevée des consommations de tabac, d'alcool et des troubles de la personnalité dyssociales chez les patients recevant un TAO aux Urgences et en post-urgences dans les hôpitaux généraux, justifie un dépistage et une prise en charge systématique, notamment médicamenteuse et psychothérapique.

Mots clés : traitements agonistes opioïdes, tabac, alcool, trouble de la personnalité dyssociale, benzodiazépines, hôpital général.

Clinical aspects of patients receiving an opioid agonist maintenance in liaison-addiction department at Amiens University Hospital.

Objective: Few studies have assessed the clinical characteristics of patients receiving opioid agonist treatment (OAT) in the emergency and post-emergency departments in general hospitals. The objective of the present study was to assess these characteristics in patients receiving OAT referred to the liaison-addiction department.

Methods: Among 652 patients assessed consecutively for substance use disorders at the Amiens University Hospital between 2017 and 2020, 92 patients receiving OAT were compared to 523 patients without OAT. This group was then matched on age and gender to 92 patients without OAT.

Results: The frequency of daily smoking was higher in the group of patients receiving OAT (80%) than in the group without OAT (59%). The frequency of antisocial personality disorders was higher in the group of patients receiving OAT (26%) than in the group without OAT (10%). In contrast, there were no significant differences between the frequencies of other psychiatric disorders in the two groups. These results remained unchanged when performing additional analyzes between subgroups of patients receiving OAT, with (n = 29) or without (n = 30) daily alcohol consumption, a group of patients without OAT who consumed daily alcohol (n = 59) and patients without dependence (ICD-10 criteria, n = 59).

Conclusions: The high frequency of tobacco and alcohol consumption and antisocial personality disorders in patients receiving OAT in the emergency and post-emergency departments in general hospitals, supports systematic screening and treatment of these patients, both by medication and psychotherapy.

Keywords: opioid agonist treatments, tobacco, alcohol, antisocial personality disorder, benzodiazepines, general hospital.