



HAL
open science

Syndrome de Stress Post-Traumatique et Trouble de l'Usage de Substances : intérêt de l'échelle DDSI dans leur dépistage

Romain Singer

► **To cite this version:**

Romain Singer. Syndrome de Stress Post-Traumatique et Trouble de l'Usage de Substances : intérêt de l'échelle DDSI dans leur dépistage. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03945135

HAL Id: dumas-03945135

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03945135v1>

Submitted on 18 Jan 2023

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.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

SINGER Romain

Présentée et soutenue publiquement le 19.10.2022

**Syndrome de Stress Post-Traumatique et Trouble de l'Usage de Substances :
intérêt de l'échelle DDSI dans leur dépistage.**

Directeur de thèse :

Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur LLORCA Pierre Michel, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur le Docteur CABE Julien, Praticien Hospitalier, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand

Monsieur le Docteur GUELON Thomas, Praticien Hospitalier, CHU de Clermont-Ferrand, CH
de Thiers



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

SINGER Romain

Présentée et soutenue publiquement le 19.10.2022

**Syndrome de Stress Post-Traumatique et Trouble de l'Usage de Substances :
intérêt de l'échelle DDSI dans leur dépistage.**

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur BROUSSE Georges, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur le Professeur LLORCA Pierre Michel, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur le Docteur CABE Julien, Praticien Hospitalier, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand

Monsieur le Docteur GUELON Thomas, Praticien Hospitalier, CHU de Clermont-Ferrand, CH
de Thiers



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE VICE-
PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice

: **CHAZAL** Jean

DOYEN

: **CLAVELOU** Pierre

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles -
BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA
Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe -
CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques -
DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice -
ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER
Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM.
LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean Claude -
MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger -
PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre
- SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre -
SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe -
TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude -
ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène -
MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes

M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes / Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie

Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastro-entérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère CLASSE

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie - Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

M. LACHAL Jonathan
M. MOUSTAFA Farès

Pédopsychiatrie
Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

1ème CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène

Médecine Générale

2ème CLASSE

Mme LAPORTE Catherine

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc

Biochimie Biologie Moléculaire

M. MARCHAND Fabien

Pharmacologie Médicale

Mme VAURS-BARRIERE Catherine

Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc

Bactériologie Virologie

Mlle AUBEL Corinne

Oncologie Moléculaire

Mlle GUILLET Christelle

Nutrition Humaine

M. BIDET Yannick

Oncogénétique

M. DALMASSO Guillaume

Bactériologie

M. PIZON Frank

Santé Publique

M. SOLER Cédric

Biochimie Biologie Moléculaire

M. GIRAUDET Fabrice

Biophysique et Traitement de l'Image

M. LOLIGNIER Stéphane

Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme MARTEIL Gaëlle

Biologie de la Reproduction

M. PINEL Alexandre

Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

Mme ESCHALIER Bénédicte

Médecine Générale

Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale

M. TESSIERES Frédéric

Médecine Générale

Mme ROUGE Laure

Médecine Générale

Remerciements

A MONSIEUR LE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Pierre Michel LLORCA

Je voudrais remercier Monsieur LLORCA, Professeur et Chef du service de Psychiatrie de l'Adulte B, au Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel-Montpied de m'avoir fait l'honneur de présider au Jury de soutenance pour ma thèse d'exercice de médecine.

Je n'ai pas eu le plaisir de travailler sous votre supervision mais je souhaite vous remercier pour la qualité de votre enseignement, vos cours et interventions sont toujours intéressants à suivre.

Aux membres du Jury

Je souhaite sincèrement tous vous remercier, je pense que le cursus de psychiatrie mais surtout d'addictologie m'a vraiment fait devenir une meilleure personne et vous y avez tous contribué.

Monsieur le Professeur Georges BROUSSE

Votre humanité, vos connaissances, vous êtes un exemple à suivre à plus d'un titre, et la principale raison pour laquelle j'en suis là aujourd'hui. C'est toujours un plaisir et une chance de travailler pour vous ou de suivre un de vos cours. Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse, de votre disponibilité, de vos conseils et de votre soutien.

Monsieur le Docteur Julien CABE

Un grand merci pour avoir accepté de faire parti du jury de ma thèse, d'autant plus dans des circonstances initialement défavorables. J'ai apprécié travailler au SATIS et découvrir votre bonhomie, humour et pertinence clinique.

Monsieur le Docteur Thomas GUELON

Merci encore d'avoir accepté de faire parti du jury et d'accompagner mes premiers pas dans la responsabilisation en addictologie périphérique. J'apprends beaucoup à tes côtés tout en ayant plaisir à le faire. A une future collaboration.

A mes parents et fratrie, soutien indéfectible, loin des yeux mais pas du cœur

A Annie et Mireille, passées dans la pièce d'à côté, la seule vraie mort c'est l'oubli.

A mes chers grands-pères, preuves vivantes que l'on peut continuer à avancer même quand la vie s'acharne.

Aux cousins SINGER, RAFFIN, GONNET et à la famille élargie que je ne voie pas assez.

A Antoine ALAMEDA, ami et mentor de deux générations de SINGER, à Martine, Florence et Sébastien

A William, mon éternel frère d'arme

A Adam, ex-coloc mais toujours collègue, Johan, Krishna et Myriam, ravi d'arpenter ce chemin avec vous

A tous les camarades de la promo

A Quentin, Sébastien, Denis, Thimothée que la vie me laisse peu d'occasion de recroiser

Au Dr BEZY pour cette parfaite introduction à la psychiatrie, sévère mais juste, et à l'équipe Ravel.

Aux équipes de Gravenoire, de Clementel, du SATIS et de Thiers pour m'avoir supporté tout ce temps et habitué aux joies et peines de l'addicto.

A Sophie, Mylène, Richard, Emile, Marie, la valeur n'attend pas le nombre des années, j'espère vous ressembler un jour.

A tous les autres services qui m'ont accepté ou toléré.

Table des matières

INTRODUCTION.....	18
1. ETAT DES LIEUX : TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET TROUBLE D'USAGE.....	20
1.1) TROUBLES D'USAGES/ADDICTIONS.....	20
1.1.1) DEFINITION.....	20
1.1.2) EPIDEMIOLOGIE.....	22
1.1.3) MODELE NEUROBIOLOGIQUE.....	24
1.1.4) STRATEGIES THERAPEUTIQUES.....	26
1.1.4.A) MEDICAMENTEUSES.....	26
1.1.4.B) NON-MEDICAMENTEUSES.....	31
1.2) TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	32
1.2.1) DEFINITION.....	32
1.2.2) EPIDEMIOLOGIE.....	37
1.2.3) MODELE NEUROBIOLOGIQUE.....	39
1.2.4) STRATEGIES THERAPEUTIQUES.....	41
1.2.4A) MEDICAMENTEUSES.....	41
1.2.4B) NON MEDICAMENTEUSES.....	42
2) PATHOLOGIES DUELLES.....	42
2.1) DEFINITION.....	43
2.2) EPIDEMIOLOGIE.....	43
2.3) MODELES THEORIQUES.....	45
2.3.1) MODELE ADDICTOLOGIQUE SECONDAIRE.....	46

2.3.2) MODELE PSYCHIATRIQUE SECONDAIRE.....	46
2.3.3) MODELE DES FACTEURS COMMUNS.....	47
2.4) STRATEGIES THERAPEUTIQUES.....	48
2.4.1) MEDICAMENTEUSES.....	48
2.4.2) NON MEDICAMENTEUSES.....	49
3) DEPISTAGE DES PATHOLOGIES DUELLES.....	51
3.1) DEPISTAGE DE LA PATHOLOGIE DUELLE CHEZ DES PATIENTS PRESENTANT UN TUS.....	51
3.1.1) ECHELLE DE DEPISTAGES DU PTSD.....	53
3.1.2) HISTORIQUE DES ECHELLES DE DEPISTAGES DES PATHOLOGIES DUELLES.....	55
3.1.3) PRESENTATION DE LA DDSI.....	56
3.2) ETUDE DE DEPISTAGE DU TSPT CHEZ DES PATIENTS SOUFFRANTS D’UN TUS.....	57
3.2.1) METHODE : VALIDATION DDSI.....	57
3.2.2) RESULTATS ESPT ET DDSI.....	63
3.2.3) DISCUSSION.....	69
4) DISCUSSION GENERALE.....	74
5) CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83
ANNEXE.....	95

FIGURES

Figure 1 : Régions cérébrales et fonctions correspondantes impliquées dans le développement du répertoire comportemental des conduites addictives

(Dematteis M, Pennel L. Du produit à la fonction : soins complexes en addictologie par une approche dimensionnelle fonctionnelle. Ann Med Psychol (Paris) (2018), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.005>)

Figure 2 : Cibles par étapes du cycle et état clinique correspondant.

Figure 3 : Mécanismes neurologiques, neuroendocriniens et contextuels derrière le PTSD, d'après Smid GE, Lind J, Bonde JP. Neurobiological mechanisms underlying delayed expression of posttraumatic stress disorder: A scoping review. World J Psychiatry. 2022 Jan 19;12(1):151-168. doi: 10.5498/wjp.v12.i1.151. PMID: 35111586; PMCID: PMC8783158

Figure 4 : D'après NSDUH 2020, prévalence de troubles addictologiques, psychiatriques et pathologies duelles parmi les individus de 18 ans ou plus.

Figure 5 : D'après NSDUH 2020, Soins psychiatriques et addictologiques sur les douze derniers mois chez des patients de 18 ans ou plus présentant une pathologie duelle.

TABLEAUX

Tableau I : tableau comparatif des pathologies dépistés par la DDSI et la MINI

Tableau II : Tableau des contingences de la comparaison DDSI/MINI par pathologie psychiatrique

Tableau III : Propriétés psychodynamiques de la DDSI

Tableau IV : comorbidités de l'échantillon PTSD

ABRÉVIATIONS :

DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition

ESPT : Etat de Stress Post-traumatique

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

SSPT : Syndrome de Stress Post-traumatique

TSPT : Trouble de Stress Post-traumatique

TAG : Trouble anxieux généralisé

THC : TetraHydroCannabinol

TUA : Trouble de l'usage d'alcool

TUS : Trouble de l'usage de substances

INTRODUCTION

Pendant mes études de médecine, j'ai travaillé dans plusieurs services de psychiatrie et d'addictologie. Cela m'a permis de constater que les « pathologies duelles », l'association de comorbidités psychiatriques et addictologiques, étaient non seulement fréquentes mais aussi compliquées à prendre en charge.

Les patients comorbides sont plus fréquemment hospitalisés et leur prise en charge généralement plus coûteuse et plus complexes que des personnes n'ayant qu'un seul trouble (1). Les échecs de prise en charge plus fréquents peuvent entraîner le découragement ou le rejet des équipes soignantes.

La pathologie duelle se caractérise également par une apparition plus précoce des symptômes et une évolution plus péjorative que chez des patients n'ayant pas ces comorbidités, une diminution de la qualité de vie notamment avec des hospitalisations plus fréquentes et plus longues, et plus de complications sur le plan social et judiciaire.

Les consommations de toxiques peuvent masquer certains symptômes des pathologies psychiatriques sous-jacentes et inversement, pouvant mener dans le pire des cas à l'occultation d'une des deux composantes, ce qui semble être particulièrement le cas pour la comorbidité entre SSPT et TUS.

Malgré l'intérêt croissant de la communauté médicale pour ces associations et la prévalence importante de ces pathologies, leur dépistage reste tardif et difficile, d'autant plus que l'apparition précoce des troubles favoriserait l'émergence d'une pathologie duelle.

Le délai entre l'apparition des troubles et leur prise en charge est souvent important malgré une évolution plus sévère du fait de cette comorbidité. Cela souligne l'importance du dépistage précoce de ces troubles, qui permettrait de mieux les orienter et les prendre en charge et ainsi améliorer leur pronostic, or il n'existe pas encore en France d'outil de dépistage pratique et rapide des pathologies psychiatriques chez les usagers de substances, et espérer une abstinence le temps d'affiner le diagnostic s'avère souvent être un vœu pieux.

Ce travail présentera d'abord un état des lieux sur l'ESPT et les TUS puis sur leur association. Puis nous proposerons une piste qui pourrait améliorer la précocité du dépistage et donc de la prise en charge, à savoir la DDSI, une échelle encore en cours de validation en France mais prometteuse en termes de fiabilité, simplicité et rapidité d'utilisation.

Enfin, à titre d'exemple nous étudierons les résultats de l'application de cette échelle via l'étude de sa validation en version française, en se concentrant sur l'échantillon des individus présentant un ESPT.

I) ETAT DES LIEUX : TROUBLE D'USAGES ET TROUBLES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

1.1) Troubles d'usages/addictions :

1.1.1) Définition :

L'addiction est caractérisée par l'impossibilité de contrôler un comportement et sa poursuite malgré la connaissance de ses conséquences négatives. La classification a été modifiée en 2013 avec le DSM 5 pour remplacer les notions d'abus et de mésusage initialement défini par le DSM IV par le diagnostic de « trouble lié à l'usage d'une substance ». Il y a ainsi trouble quand deux des onze critères suivants se manifestent pendant une période de douze mois :

- Perte de contrôle, substance prise en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que ce que la personne avait envisagée.
- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Temps considérable passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- Craving ou désir urgent de consommer la substance.
- Consommation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (travail, école ou maison).
- Utilisation répétée de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
- Abandon ou réduction des activités (sociales, occupationnels, loisirs) à cause de l'utilisation de la substance.

- Utilisation répétée dans des situations qui peuvent être physiquement dangereuses.
- Poursuite de l'utilisation de la substance malgré les conséquences physiques et psychologiques déclenchés ou exacerbés par cette utilisation, et la connaissance de ces problèmes.
- Tolérance, soit un besoin de quantité toujours plus grande de substances pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou bien des effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de sevrage.
- Le sevrage, « manque », se manifestant par des symptômes de sevrage variable selon la substance, ou par la consommation de la substance ou d'une autre pour soulager ou éviter ces symptômes.

La sévérité du trouble dépend du nombre de critères constatés :

-Léger : 2-3 critères

-Moyen : 4-5 critères

-Sévère : 6 critères ou plus

A noter que le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique et n'est souvent pas perçu par l'utilisateur qui pense maîtriser sa consommation. Cela justifie une action le plus en amont possible, afin si possible d'éviter l'entrée en consommation, ou pour empêcher l'apparition ou réduire la sévérité du trouble.

A noter que les addictions ne sont pas exclusives et qu'en avoir une peut favoriser le développement d'autres pathologies addictives. Il faut également évoquer la notion de

transfert addictologique, l'apparition après l'abstinence envers une substance d'un nouveau trouble d'usage ou l'aggravation d'un préexistant (2) (3).

1.1.2) Epidémiologie :

Plusieurs études épidémiologiques de grande ampleur se sont intéressées à la prévalence des troubles addictifs depuis plusieurs années, les plus importantes ayant eu lieu aux Etats-Unis. Certaines d'entre elles se sont également intéressées à leur association avec des troubles psychiatriques dont l'ESPT, nous y reviendrons dans les chapitres concernés.

L'ECA (Epidemiological Catchment Area) est une des premières grandes études d'épidémiologie, réalisée entre 1980 et 1984 sur un échantillon de plus de 20291 personnes, explorant la prévalence de troubles lié à l'usage de drogues, de troubles mentaux et de leur comorbidité en population générale et institutionnalisée. Elle retrouve une prévalence de TUS de **16,7%**, dont **13,5%** pour l'alcool et **6,1%** pour les autres drogues (**4,3%** pour le cannabis, les amphétamines représentaient **1,7%**, la cocaïne **0,2** et les opiacés **0,7%**), avec un risque sept fois supérieur de présenter un trouble d'usage comorbide alcool/autre drogue (4).

Le **NESARC** : la première vague du NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) a été réalisée entre 2001 et 2002 sur une population de 43093 personnes âgées de 18 ans ou plus, tirées au sort parmi différents types de résidences aux Etats-Unis (casernes militaires, hôtels, résidences étudiantes) pour avoir un échantillon représentatif de la population générale.

Elle explorait la consommation de substances ainsi que des troubles mentaux dont troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de la personnalité hors troubles psychotiques du fait de sa méthodologie, en utilisant le DSM IV.

Cette étude retrouvait une prévalence vie entière de TUA de **30,3%** (5), la prévalence de troubles de l'usage de drogue hors alcool était de de **10,3%** (6).

La deuxième vague été réalisée entre 2004 et 2005 en essayant de convier tous les sujets de la première vague à un nouvel entretien, aboutissant à un échantillon de 34653 personnes. Elle retrouvait une prévalence de l'abus d'alcool de **26,7%** pour les hommes contre **12,5%** pour les femmes. La prévalence pour la dépendance à l'alcool était de **21%** pour les hommes et **9,9%** pour les femmes. Pour les drogues autres que l'alcool la prévalence d'abus était de **13,9%** pour les hommes et **6,7%** pour les femmes, pour la dépendance les pourcentages étaient de **4,4%** et **2,5%** respectivement (7).

NESARC III : La troisième vague du NESARC a été conduite entre 2012 et 2013 sur un échantillon représentatif de 36309 individus de 18 ans et plus, cette fois-ci en utilisant les critères du DSM 5. La prévalence vie entière du trouble de l'usage d'alcool était de **29,1%**, dont **13,9%** de troubles sévères. A noter que seulement **19,8%** de ceux qui présentaient un TUA ont cherché à être pris en charge, ce qui souligne l'intérêt d'accentuer la prévention (8).

La NSDUH 2019 : La National Survey On Drugs Use and Health est une vaste enquête épidémiologique menée tous les ans en population générale aux Etats-Unis par la Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA).

L'enquête publiée en 2021 a été conduite sur 67500 personnes, et a montré que dans cet échantillon le pourcentage de Trouble d'usage était de **14,5 %**. En particulier les troubles d'usages de l'alcool représentaient **10,2 %** de cette population, **5,1%** pour le cannabis, **0,5%**

pour la cocaïne, **1%** pour les opiacés. Parmi ces pourcentages l'intervalle de population d'âge entre 18 et 25 ans était le plus important sauf pour les opioïdes et la métamphétamine (9).

A noter que c'était la première enquête à utiliser le DSM-5 pour définir le trouble d'usage, d'où des résultats assez différents des enquêtes précédentes ne permettant pas de les comparer et d'évaluer l'évolution des prévalences au fil des ans.

L'EseMed est la première étude européenne de grande ampleur à explorer la comorbidité psychiatrique et addictologique en Europe, sur un échantillon total de 21425 individus. Elle retrouvait une prévalence de TUA de **22,8 %**, plus précisément **18,7%** pour les hommes et **45,3%** pour les femmes. L'objectif principal de cette étude étant l'étude de la comorbidité, nous y reviendrons par la suite (10).

1.1.3) Modèle neurobiologique :

L'étude de modèles animaux et de la rechute ont permis d'identifier des régions du cerveau impliquées dans les conduites addictives, notamment le circuit de la récompense, formé par des voies neuronales dopaminergiques reliant le striatum ventral (formé par l'aire tegmentale ventrale et les noyaux accumbens) et le cortex préfrontal. La mise en jeu de ce système conduit à un renforcement positif ou « liking » poussant l'utilisateur à se procurer de la drogue pour retrouver le plaisir de son utilisation et ainsi la poursuite de ce comportement.

Plusieurs modifications de ces structures et d'autres sont observées lors de l'installation et du développement d'un TUS : L'action du cortex préfrontal, responsable du contrôle comportemental et des fonctions exécutives est diminuée, conduisant à une impulsivité plus

importante. L'activité du striatum ventral est également diminuée au fil du temps, reflet de l'installation de la tolérance et donc d'un liking moindre.

L'amygdale étendue est responsable des émotions néfastes (anxiété, dysphorie) ressenties lors du manque, conduisant à un renforcement négatif « wanting », l'utilisateur recherchant alors la consommation pour soulager ces émotions et les symptômes physiques associés.

Enfin, l'activité du striatum dorsal, moteur des habitudes et routines sera également amplifiée, facilitant la répétition du comportement (11).

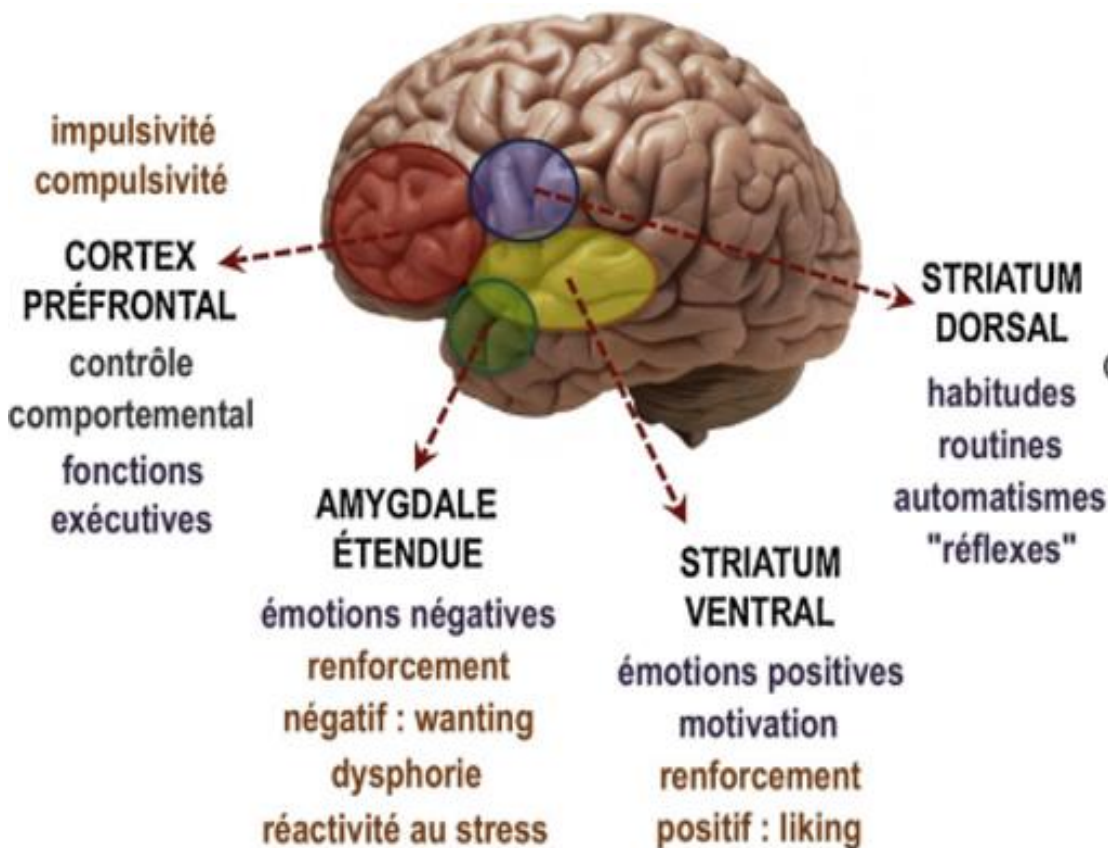


Figure 1 : Régions cérébrales et fonctions correspondantes impliquées dans le développement du répertoire comportemental des conduites addictives.

L'ensemble des mécanismes n'est pas encore élucidé mais de nombreux neurotransmetteurs mis en jeu dans ce processus ont été identifiés, notamment la dopamine, les peptides endogènes, l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), le glutamate et la sérotonine (12).

Le comportement addictif peut-être schématisé comme un cycle en 3 étapes, la consommation (*Binge/intoxicating*), le manque (*withdrawal/negative effect*) et le craving (*Preoccupation/Anticipation*). Ce cycle s'aggrave au fil du temps via les mécanismes de renforcement positifs et négatifs évoqués précédemment (13).

1.1.4) Stratégies thérapeutiques

Nous allons présenter certains traitements spécifiques des TUS, l'intérêt au-delà du cadre addictologique, les associations ou autres spécificités dans le contexte des pathologies duelles seront présentés plus tard.

2.1.4a) Médicamenteuses :

La schématisation de l'addiction en trois étapes donne trois axes avec leur circuits neuronaux et neuromédiateurs et également trois angles d'attaques différents pour des traitements médicamenteux.

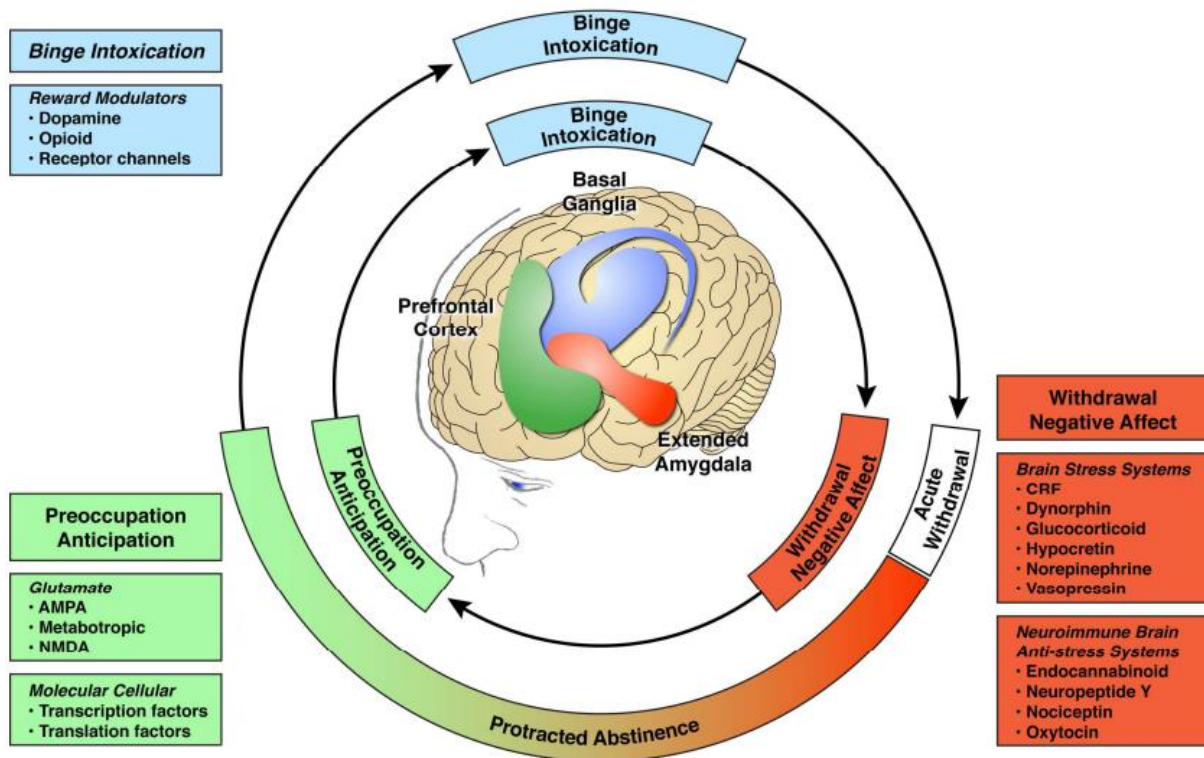


Figure 2 : Cibles par étapes du cycle et état clinique correspondant (12)

L'idéal est un traitement de substitution comme il en existe pour les opiacés ou le tabac, qui diminuent le renforcement positif en comparaison avec une prise de substance et pallient le craving et les symptômes de manque, agissant ainsi sur le renforcement négatif.

La méthadone, un opioïde à longue durée d'action, a été le premier à être utilisé dans la substitution des opiacés. Elle a un effet agoniste pur pour les récepteurs opioïdes mu, et son introduction et bonne utilisation doit être supervisée médicalement devant le risque d'overdose et de détresse respiratoire, particulièrement importante lors d'un usage concomitant d'alcool ou de benzodiazépines. Une surveillance cardiaque est également nécessaire devant le risque d'allongement du QT. (14).

La buprénorphine est un opioïde semi-synthétique, agoniste partiel des récepteurs mu avec une forte affinité. Elle présente un « effet plafond » limitant la sévérité des dépressions du

système respiratoire et nerveux et le risque d'overdose. Il existe également une version du traitement le combinant à un antagoniste, la naloxone. La faible biodisponibilité de la naloxone conduit à peu d'effet quand le traitement est pris par voie orale ou sublinguale mais par voie intraveineuse ou en sniff des effets antagonistes se manifestent, pouvant aller jusqu'à un syndrome de manque des opiacés, diminuant ainsi la tentation d'un mésusage (14).

Une revue Cochrane de 2014 comparant méthadone et buprénorphine a retrouvé que la buprénorphine était efficace pour comme TSO, mais que la méthadone était supérieure dans l'adhésion des patients au traitement, en tout cas pour de faibles posologies. (15) Au final, ce choix doit faire l'objet d'une réflexion approfondie de la part du médecin en prenant en compte le profil du patient.

La varénicline, utilisée dans le sevrage et le maintien d'abstinence tabagique est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques de l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$, diminuant la fréquence des rechutes tabagique chez l'humain. Son action sur ces récepteurs $\alpha 4\beta 2$, fortement impliqués dans la récompense nicotinique conduit à un renforcement positif moindre, elle diminue également la libération de dopamine dans les noyaux acumbens qui intervient dans la phase du manque (13). Il semblerait qu'elle puisse également avoir un effet sur la diminution de la consommation d'alcool mais les études sont mitigées à ce sujet (23).

A noter qu'à cause de risques d'effets secondaires neuropsychiatriques l'usage prolongé de la varénicline est déconseillé, même dans son indication première, et son utilisation doit avoir lieu à distance des épisodes psychiatriques aigus.

La plupart des autres traitements n'agissent pas sur toutes les étapes du cycle mais sur un mécanisme en particulier, en diminuant le renforcement positif ou négatif.

Par exemple, le Disulfiram (Esperal®) diminue le renforcement positif sur l'étape du *Binge*, bien que son mécanisme pour l'alcool n'agisse pas sur la neuromédiation. Il agit en inhibant l'aldéhyde déshydrogénase responsable d'une augmentation de la concentration d'acétaldéhyde qui n'est plus métabolisé, d'où « l'effet Antabuse® » bien connu et ses symptômes de rougeur, nausées vertiges, tachycardie... décourageant la prise d'alcool. Il a aussi une action d'inhibition de la dopamine beta-hydroxylase, un enzyme dégradant la dopamine en noradrénaline, résultants en une accumulation de dopamine, qui corrigerait ce déficit chez des patients présentant un TU à la cocaïne (16).

Le Disulfiram diminuerait ainsi la consommation de cocaïne même indépendamment de son action envers l'alcool (17), mais davantage d'études sont nécessaires pour le confirmer (18). Enfin, étant une molécule particulièrement sujette aux interactions médicamenteuses et avec de nombreuses contre-indications, aussi bien cardiaques que psychiatriques, elle doit être maintenue en seconde ligne pour l'alcool, et la balance bénéfice-risque penche vers le risque hors-TUA (19).

Le nalmefene est un dérivé d'un autre traitement addictolytique, la naltrexone.

Contrairement aux autres traitements addictolytiques dont l'indication se limite à la prévention de la rechute, le nalmefene diminuerait le renforcement positif de l'alcool et pourrait donc diminuer la consommation d'alcool. Il a une action antagoniste pour les récepteurs opioïdes mu et delta et agonistes pour le récepteur kappa. Il est contre-indiqué chez les patients recevant des antalgiques opiacés (20).

D'autres traitements agissent par l'intermédiaire du glutamate, particulièrement impliqué dans le craving, c'est le cas de l'acamprosate, un antagoniste des récepteurs NDMA du

glutamate, qui aurait également une activité plus directe via les récepteurs métabotropiques du glutamate pour en diminuer l'activité (21).

Enfin, le métabolisme du GABA peut également être ciblé, c'est le cas pour la gabapentine, agissant sur les récepteurs GABAergiques de manière indirecte via les canaux calciques voltages-dépendants. Elle agirait aussi indirectement sur le métabolisme du glutamate, un autre acteur de la plasticité synaptique avec le GABA. Outre un effet anxiolytique via l'effet GABAergique cette molécule pourrait avoir un intérêt dans la prévention de la rechute (22,23) A noter que la gabapentine peut également intervenir dans les douleurs neuropathiques dues à l'alcool, et qu'il faut préférer la gabapentine à la prégabaline devant le risque addictif.

Nous pouvons terminer en évoquant le baclofène, un antagoniste du récepteur GABA-B, autorisé pour le traitement du TUA en France et qui peut possiblement avoir des effets intéressants en termes d'anxiolyse. Les études sont mitigées, certaines retrouvant un bénéfice pour l'abstinence et la prévention de la rechute tandis que d'autres n'en retrouvent pas et soulignent les effets secondaires importants du traitement (23).

A noter que les benzodiazépines sont le traitement de référence pour le sevrage physique de l'alcool mais ne doivent pas être maintenue par la suite devant le risque addictif, d'autant qu'elles n'ont pas fait leurs preuves dans la réduction des consommations d'alcool (24).

2.1.4b) Non médicamenteuses :

Les psychothérapies font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique pour le traitement des addictions mais étant donné leur place importante dans la prise en charge du SSPT et dans la pathologie duelle elles seront développées dans d'autres chapitres. Il paraît néanmoins approprié dans le cadre addictologique de présenter l'entretien motivationnel.

Le pivot principal de la prise en charge des conduites addictives est la motivation du patient, son investissement dans les soins proposés, un manque de motivation ou d'adhésion constituant un obstacle majeur. Les patients peuvent avoir du mal à comprendre ou à accepter les difficultés liées à leur pathologie ou les moyens d'y remédier.

L'entretien motivationnel est ainsi une méthode de psychothérapie brève ayant pour objectif de faire évoluer le niveau de motivation des patients en diminuant leur résistance au changement tout en préservant leur sentiment de liberté individuelle. L'entretien motivationnel est centré sur les objectifs et préférences du patient, ce qui le rend acteur de ses soins et peut favoriser sa participation aux différentes thérapies proposées.

Des études ont montré son efficacité pour l'aide au retour à une consommation contrôlée ou dans le maintien d'abstinence pour l'alcool (25). Il semblerait également que l'intégrer dans les premières prises de contact favoriserait la rétention des patients dans la prise addictologique, du moins dans un premier temps (26).

1.2) Trouble de stress post-traumatique :

2.2.1) Définition

Le TSPT se caractérise par l'apparition de symptômes psychiatriques après exposition à un ou plusieurs événements traumatisants, au cours desquels le sujet ou d'autres personnes ont pu mourir, encourir des blessures graves ou être victimes de violences sexuelles, ou être menacés de mort, blessures graves ou violences sexuelles.

Ses symptômes se développent sous 4 aspects :

-Symptômes de reviviscence, intrusion du souvenir traumatique, avec notamment des souvenirs spontanés provoquant un sentiment de détresse, des rêves répétitifs relatifs à l'évènement, des réactions dissociatives, un sentiment intense et prolongé de détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli.

-Evitement des stimuli pouvant déclencher des reviviscences pénibles de l'évènement traumatique, avec des efforts persistants pour éviter des pensées ou des sentiments par rapport au traumatisme.

-Symptômes cognitifs ou dysphorique, avec des reproches persistants envers soi-même ou les autres, des états émotionnels négatifs et envahissants comme la peur, la colère, l'horreur, la culpabilité ou la honte.

-Symptômes d'activations ou réactivité, avec une hypervigilance, des réactions de sursaut exagérée, difficultés de concentration ou d'endormissement, réveils nocturnes ou sommeil non réparateur.

Il est classé dans la catégorie des « troubles liés à des traumatismes et facteurs de stress » du DSM 5, ses critères diagnostiques sont :

Critère A : Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, une blessure grave ou une agression sexuelle d'une ou plusieurs des manières suivantes :

- A. A vécu directement l'évènement traumatisant ;
- B. A été le témoin, en personne, de l'évènement traumatisant ;
- C. A appris qu'un membre de sa famille ou un ami proche a été victime de l'évènement traumatisant. Dans les cas de la mort d'un membre de la famille ou d'un ami, ou d'une menace de mort, l'évènement doit avoir été violent ou accidentel ;
- D. Être exposé de manière répétée ou extrême à des détails horrible d'un évènement traumatisant (par exemple des premiers intervenants ramassant des restes humains ou des agents de polices entendant de manière répétée des détails de violences faites à des enfants). Ce critère ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, télévision, films ou photos, sauf si c'est lié au travail.

Critère B : Présence d'au moins un des symptômes d'intrusions suivant associés à l'évènement traumatisant, qui sont apparus après qu'il s'est produit :

- 1) Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissant de l'évènement traumatisant.
- 2) Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions sont liés à l'évènement et provoquent un sentiment de détresse.
- 3) Réactions dissociatives (exemple rappels d'image) au cours desquels la personne se sent ou agit comme si l'évènement se reproduisait. Ces réactions peuvent survenir à différents degrés, le plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel.

- 4) Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatisant.
- 5) Réactivité physiologique marquée lors de l'exposition à ces indices.

Critère C : Evitement persistant des stimuli associés à l'évènement traumatisant, ayant débuté après qu'il s'est produit, comme l'indique au moins l'un des symptômes suivants :

- I. Evitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'évènement ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.
- II. Evitement ou tentative d'évitement des rappels externes (gens, endroits, conversation, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit de ces souvenirs, pensées ou sentiments pénibles, et provoquent un sentiment de détresse.

Critère D : Perturbations négatives de la cognition ou de l'humeur, qui ont commencé ou empiré après que l'évènement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- A. Incapacité de se souvenir d'éléments importants lors de l'évènement traumatisant (typiquement attribuable à une amnésie dissociative et pas à une blessure à la tête ou à la consommation d'alcool ou de drogues).
- B. Croyances ou attentes négatives à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, persistantes et exagérées (par exemple « Je suis une mauvaise personne », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde est un endroit tout à fait dangereux », « tout mon système nerveux est détruit de façon permanente »).

- C. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'évènement qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
- D. Etat émotionnel négatif persistant (exemple peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
- E. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces activités.
- F. Sentiment de détachement ou de marginalisation par rapport aux autres.
- G. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à l'évènement traumatisant, qui ont commencé ou empiré après qu'il s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- A. Irritabilité ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression physique ou verbale envers des personnes ou des objets ;
- B. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
- C. Hypervigilance ;
- D. Réactions de sursaut exagéré ;
- E. Problèmes de concentrations ;
- F. Troubles du sommeil (difficulté de s'endormir ou sommeil interrompu ou agité)

Critère F : La perturbation (symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois

Critère G : La perturbation entraîne, sur le plan clinique, une détresse ou une incapacité importante dans les dimensions sociales, professionnelles, ou tout autre dimension importante du fonctionnement

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (médicaments ou alcool) ou à une autre affection.

On peut préciser, s'il y a lieu :

Avec symptômes dissociatif : Les symptômes de la personne satisfont aux critères d'ESPT, et en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

- A. Dépersonnalisation : Sentiment persistant ou récurrent de se sentir détaché de soi-même comme si on ne faisait qu'observer (par exemple sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti).
- B. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (exemple le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Pour utiliser ce sous-type, ces symptômes ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (exemple moments d'absences, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (crises d'épilepsie partielles complexes par exemple).

Avec manifestation différée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'évènement, bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puisse être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat.

A noter que les symptômes du SSPT peuvent mimer ou favoriser l'apparition d'autres pathologies psychiatriques (troubles du sommeil, conduites d'évitement...)

1.1.2) Epidémiologie :

Le SSPT étant indissociable de la notion d'évènement traumatique, les études portant sur sa prévalence sont généralement réalisées pour étudier la répercussion de phénomènes naturels ou d'attentats, et plus récemment le COVID. Même au sein de l'Europe la prévalence varie grandement d'un pays à l'autre, une étude a montré sur 11 pays étudiées une prévalence du trouble inférieure à **1%**, les exceptions étant l'Allemagne à **2,31%**, la France à **2,32%**, le Royaume-Uni à **3%**, les Pays-Bas à **3,30%** et la Croatie à **6,67%**. L'étude explorait aussi la prévalence d'évènements traumatiques via les victimes de guerres, de crimes, de désastres naturels et d'accidents de la route (27).

Il y a là encore une nette prédominance d'études américaine sur le sujet, l'échantillon de l'**ECA** portant sur la population de St-Louis a été l'un des premiers permettant d'étudier la prévalence des troubles de stress post-traumatiques dans la population américaine, et parmi les 2493 participants interviewés environ **15%** des hommes et **16%** des femmes avaient subi un évènement traumatique et manifesté au moins un des symptômes du troubles de stress post-traumatique, seul 5 hommes pour 1000 et 13 femmes pour 1000 répondant à tous les critères du diagnostic (28).

La **NCS** (National Comorbidity Survey) est une étude réalisée entre 1990 et 1992 dans 48 états, la première partie portant sur une population de 8098 participants et la seconde sur un échantillon de 5877 personnes en se concentrant sur les facteurs de risques et sur d'autres diagnostics dont le PTSD. Elle retrouve ainsi une prévalence de ce trouble de **7,8%**, les femmes

ayant deux fois plus de risques de le développer que les hommes. Les événements traumatiques principaux rapportés étaient d'assister à des blessures graves ou à un décès (35,6% des hommes contre 14,5% des femmes), d'avoir été présent lors d'un incendie, d'une inondation ou d'un désastre naturel (18,9% pour les hommes et 15,2 % pour les femmes), et d'être impliqué dans un accident potentiellement mortel (25% contre 13,8%). Du côté des hommes, on notait davantage d'attaques physiques, de combats, de menace par une arme, de captivité ou de kidnapping. Les femmes elles rapportaient davantage de viols, d'agression sexuelles, de négligence parentale et d'abus physiques dans l'enfance (29).

La deuxième vague du NESARC, évoquée précédemment, retrouve une prévalence de TSPT de **6,4%**. Le trouble était plus présent chez les femmes que chez les hommes (**8,6** contre **4,1%**). Une proportion de **77%** de la population avait vécu un événement traumatique sans développer de PTSD. Les événements traumatiques les plus rapportés étaient des expériences indirectes du 11 Septembre, des blessures, maladies graves ou décès d'un proche, les patients ayant développés un PTSD rapportant également des accidents ou maladies mortelles (30%) et des agressions sexuelles (28%). On retrouvait une proportion importante d'individus présentant une association entre PTSD et trouble de l'humeur ou troubles anxieux, ou des tentatives de suicide (30).

Goldstein et al ont étudié les résultats du NESARC III sous l'angle du stress post-traumatique et retrouvaient ainsi une prévalence du trouble de **6,1%** tandis que **68,6%** de l'échantillon avait vécu un événement traumatisant sans développer de PTSD. Les événements traumatisants les plus rapportés comportaient : subir une agression sexuelle avant 18 ans, des violences conjugales, de voir un/des morts et des maladies sérieuses ou grave chez autrui. Le PTSD présentait une association significative avec d'autres pathologies psychiatriques, en

particulier un odd-ratio de **3** pour les troubles de l'humeur, **2,6** pour des troubles anxieux et **2,8** pour le trouble de la personnalité borderline (31).

1.2.3) Modèle neurobiologique :

Les connaissances sur les mécanismes physiologiques du SSPT ne permettent pas d'établir un modèle aussi précis que le circuit de la récompense. Néanmoins des structures cérébrales impliquées ont été identifiées, apparentant le SSPT à un trouble des mécanismes du conditionnement et de l'extinction de la peur.

Des recherches sur le modèle animal ont identifié l'amygdale, le cortex préfrontal médian et l'hippocampe comme les région-clés dans l'acquisition, la régulation et l'extinction de la peur conditionnée. Des anomalies de l'amygdale ont été associées aux symptômes d'hypervigilance des patients ayant un PTSD, et une étude portant sur des conducteurs d'ambulances exposés à des traumatismes une amygdale gauche augmentée de taille, qui était également corrélée à une sécrétion plus importante de cortisol, l'hormone du stress, ce qui suggère également une participation de l'axe hypothalamo-hypophysaire (32).

Des études animales de l'hippocampe ont montré l'effet destructeur que pouvait avoir le stress sur cette structure ayant un rôle fondamental pour l'apprentissage et la mémoire, les études chez l'homme retrouvent fréquemment des réductions du volume de l'hippocampe chez les patients ayant un PTSD, son altération conduirait à des difficultés à appréhender la mémoire contextuelle et la sécurité de l'environnement (33).

Le cortex préfrontal médian chez les patients ayant un TSPT présente des anomalies fonctionnelles et structurelles, en particulier au niveau de sa partie médiale et du cortex

antérieur cingulaire, qui affecterait la régulation émotionnelle. Ses connexions avec l'amygdale et/ou l'hippocampe étaient déficientes ce qui pourrait également participer à la difficulté des patients à réguler leurs émotions (33).

Ainsi, après un traumatisme, l'expérience, ses stimuli sensoriels et la réponse émotionnel dont la peur s'impriment dans la mémoire, et une exposition future à des stimuli semblables réactive la mémoire traumatique et les symptômes d'anxiété et d'hypervigilance. Quand un individu passe d'un environnement où ces stimuli sont un signe de danger à un autre environnement où ils ne représentent plus une menace, le mécanisme d'extinction devrait normalement éliminer ces réponses conditionnées, ce qui fait défaut dans le PTSD. (34)

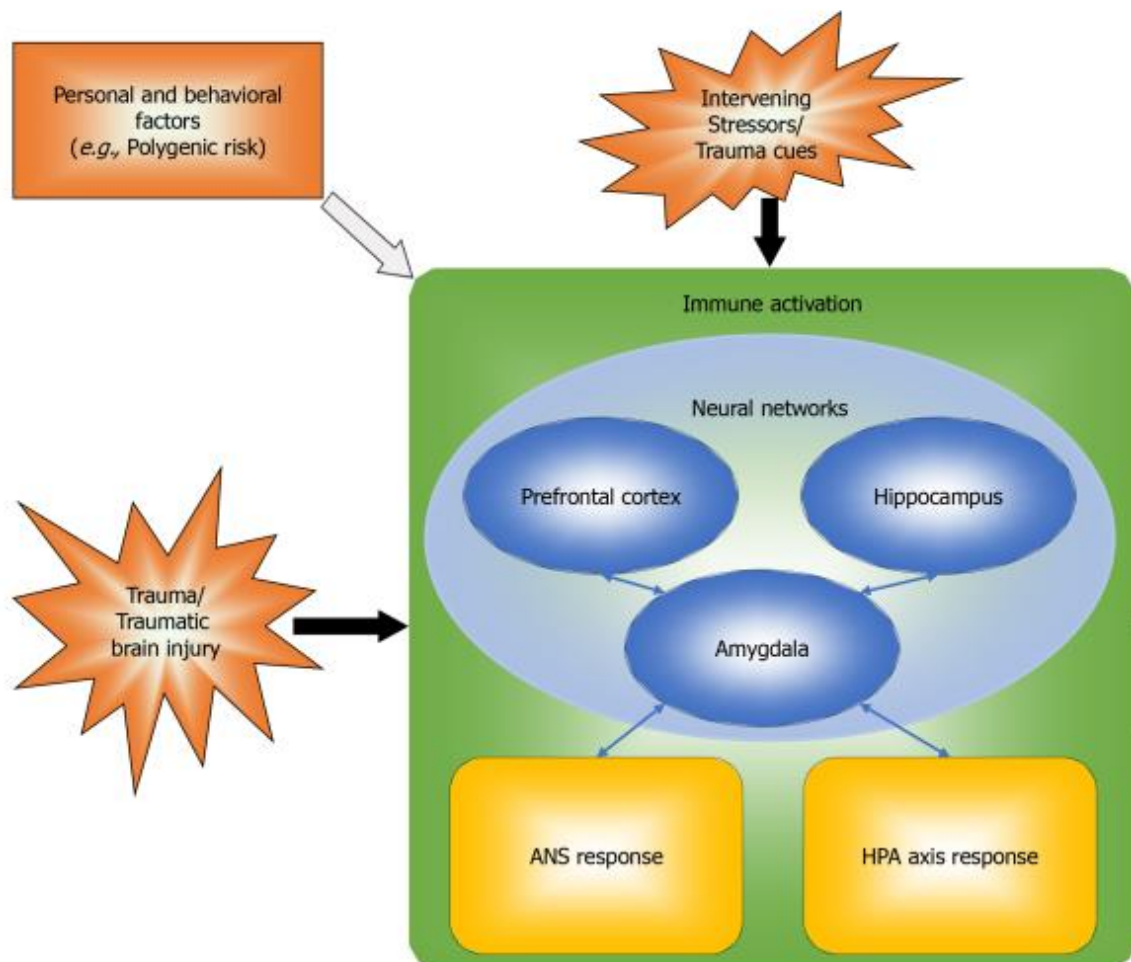


Figure 3 : Mécanismes neurologiques, neuroendocriniens et contextuels derrière le PTSD

1.2.5) Stratégies thérapeutiques :

1.2.4a) Non médicamenteuses :

Les psychothérapies sont le traitement de première ligne du SSPT, le traitement médicamenteux devant être utilisé en parallèle ou si les psychothérapies ne sont pas disponibles. Les thérapies ayant fait preuve pour la rémission des symptômes sont la thérapie d'exposition et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (35), on peut également citer l'EMDR.

Les TCC s'appuient sur l'hypothèse que le PTSD est le résultat d'une réactivité acquise et exacerbée à la peur et de perturbations cognitives et émotionnelles en réponse au trauma. Elles invitent le patient à confronter ses croyances dysfonctionnelles envers le monde ou lui-même tout en assainissant ses comportements au niveau de l'exercice, du sommeil, les liens sociaux et la prise de substance (35).

La thérapie d'exposition prolongée est une TCC guidée par un manuel, consistant en 9-12 séances hebdomadaires de 60 à 90 minutes de thérapies individuelles. Elle est basée sur la théorie d'apprentissage de Pavlov, et confronte le patient à un stimulus, d'abord en l'imaginant pendant les sessions puis une exposition in vivo lors de « devoirs » dans son environnement. Les études montrent une bonne amélioration des symptômes sous cette thérapie (35) (36).

L'EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) est une psychothérapie découverte de manière inopinée par Francine Shapiro en Californie, qui alors qu'elle souffrait d'un cancer s'est rendu compte qu'alterner des mouvements oculaires de gauche à droite avait amélioré son état d'esprit, et a ensuite appliquée cette méthode à des vétérans. Elle comporte 8 sessions de 50 à 90 minutes et incorpore plusieurs techniques dont de la restructuration cognitive et de l'exposition mais en les appliquant d' manière conjointe avec des mouvements oculaires guidés. Malgré le côté empirique de sa découverte cette méthode est l'une des plus étudiées à ce jour, et a donné de bons résultats en matière de traitement ou de prévention du PTSD (37).

1.2.4b) Médicamenteuses :

Les traitements de premières lignes sont les traitements antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) comme la sertraline ou la paroxétine, ou des inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) comme la venlafaxine et la duloxétine. Des antidépresseurs plus anciens comme les tricycliques ou les inhibiteurs de la monoamine oxydase n'ont pas montré d'efficacité et ont souvent des effets secondaires, les antipsychotiques atypiques ne sont pas recommandés.

Enfin, il est déconseillé d'utiliser les benzodiazépines car peu efficaces pour traiter les symptômes en plus du risque addictifs associé (35). Elles pourraient également encourager des comportements d'évitement qui contreviennent aux thérapies d'exposition nécessaires pour surmonter le traumatisme.

2) PATHOLOGIES DUELLES

2.1) Définition

La pathologie duelle se définit comme « la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, conduisant à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution ». (38)

Les pathologies duelles étant plus compliquées à diagnostiquer et à traiter, ces patients comorbides sont plus fréquemment hospitalisés et leur prise en charge généralement plus coûteuse et plus complexe que des personnes n'ayant qu'un seul trouble. (1)

En se concentrant spécifiquement sur la comorbidité ESPT/TU une étude a montré qu'elle était associée à plus de symptômes physiques chroniques, notamment cardiologiques et neurologiques, et à une santé mentale perçue et un bien-être moindre. (39)

2.2) Épidémiologie

Nombres des études présentées précédemment s'étaient intéressées à la comorbidité entre troubles addictologiques et psychiatriques, et retrouvent de fréquentes interactions.

Ainsi l'étude de l'**EseMed** montre que les individus de l'échantillon présentant un TSPT étaient quasiment deux fois plus susceptibles de présenter également un abus d'alcool que les individus sans ce trouble, et jusqu'à trois fois plus pour une dépendance à l'alcool. (10)

Du côté des grandes études américaines, l'**ECA** montrait une comorbidité importante entre alcoolisme et plusieurs troubles psychiatriques, particulièrement important pour le trouble de la personnalité antisocial (Odd ratio à **21**), suivi de la manie, (OR **6,2**) la schizophrénie (OR à **4**) et les troubles paniques (OR à **2,4**). (40)

L'échantillon de St-Louis montre que les usagers de substances expérimentaient davantage d'évènements traumatiques que les non-usagers (Odd-ratio à **1,85**), l'association étant particulièrement importantes pour les consommateurs d'opiacés ou de cocaïnes (OR à **5,06**), puis les hallucinogènes (**1,95**) et le THC (OR **1,46**). Les consommateurs d'opiacés/cocaïnes étaient trois fois plus à risque de subir une attaque physique (OR **3,16**), et les gros consommateurs d'alcool plus à risque de se retrouver impliqué dans un combat (Odd ratio **3,57**) par rapports aux non-consommateurs (41).

La **NCS** va également dans ce sens en montrant que les individus présentant un PTSD étaient plus susceptibles de présenter un TUA, avec un Odd ratio de **2,06**, s'élargissant à 2,97 pour le TUS (29).

Le **NESARC III** retrouvait que les individus ayant un PTSD étaient plus susceptibles d’avoir développé un TU que ceux ne présentant pas de PTSD, avec un odd-ratio de 1,2 pour l’alcool et 1,5 pour le TUS(31).

Plus récemment, la NSDUH 2020 trouvait parmi les sujets de plus de 18 ans une prévalence de **6,7%** de pathologies duelles, ou 17 millions d’individus (9).

Figure 35. Past Year Substance Use Disorder (SUD) and Any Mental Illness (AMI): Among Adults Aged 18 or Older; 2020

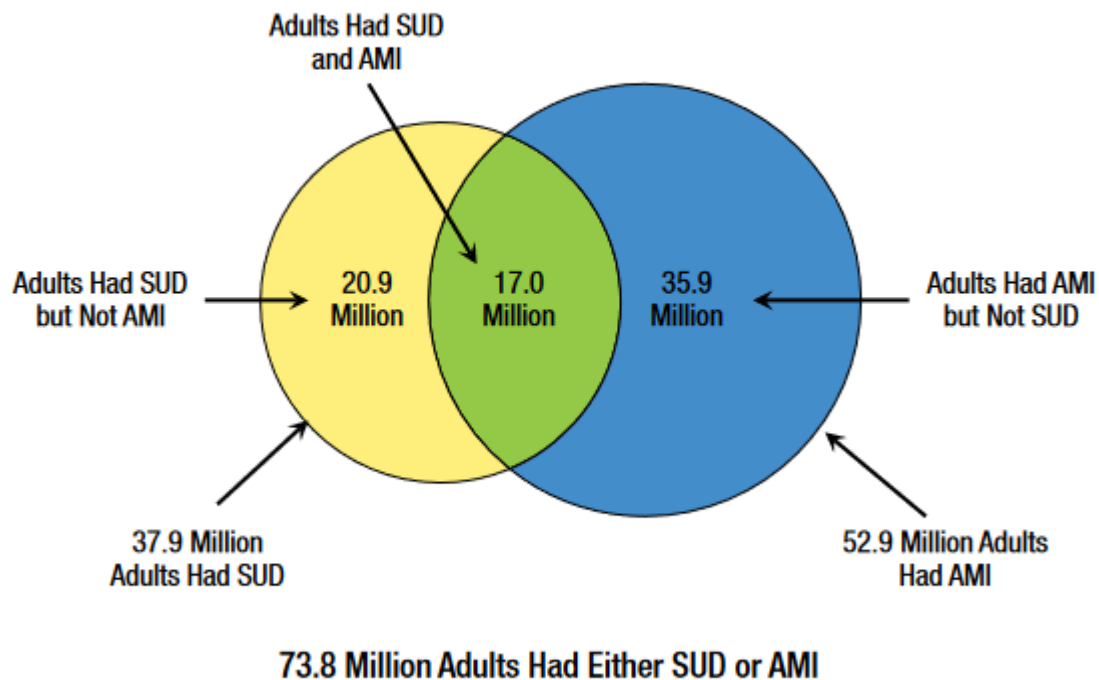


Figure 4 : D’après NSDUH 2020, prévalence de troubles addictologiques, psychiatriques et pathologies duelles parmi les individus de 18 ans ou plus (9).

2.3) Modèles théoriques

La fréquence importante de cette comorbidité retrouvée dans ces différentes études invite à s'interroger sur les mécanismes liant les deux pathologies. La présence du TSPT favorise l'apparition du TU ou bien l'inverse ? La présence de facteurs communs favoriserait-elle cette pathologie duelle ?

Plusieurs modèles théoriques ont ainsi tenté d'expliquer cette pathologie duelle, que nous allons présenter.

2.3.1) Modèle du trouble addictif secondaire

La présence du TSPT favoriserait le développement des addictions, le recours aux produits étant un moyen de pallier les facteurs de vulnérabilités et symptômes inhérents à la pathologie psychiatrique.

La démonstration la plus connue de ce modèle est la théorie de l'automédication, postulée dès 1985 par Khantzian. Le recours aux drogues proviendrait d'un besoin d'apaiser voire de contrer des symptômes psychiatriques, le produit étant choisi spécifiquement pour ses effets psychotropes (42).

Par exemple un individu souffrant de TSPT consommerait de l'alcool pour améliorer ses symptômes de troubles du sommeil, d'irritabilité et d'hypervigilance.

Plusieurs études vont dans le sens de cette hypothèse, une étude portant sur l'échantillon du NESARC II, retrouve une prévalence d'automédication par l'alcool uniquement de **14,4%** et de

7,4% par des substances comprenant ou non l'alcool. Cette automédication était fortement associée à une problématique vie entière de TUA (43).

Une étude longitudinale a été menée en suivant une cohorte d'adolescent entre 1988 et 2000 dont l'exposition à des événements traumatiques ou la présence de PTSD avait été vérifiée en 1995 pour examiner cette hypothèse. La présence du PTSD avait un effet significatif sur des problèmes d'alcool ou de drogue du futur adulte (44).

2.3.2) Modèle du trouble psychiatrique secondaire

Ce modèle postule que le trouble addictologique favoriserait l'apparition ou le maintien de la pathologie psychiatrique.

Cotter et al en étudiant la cohorte de St-Louis de l'ECA ont émis l'hypothèse que les individus présentant un TUS pourraient être exposés à davantage de situations à risque de traumatisme (41). Cette exposition accrue conduirait à plus de vécus traumatiques et ainsi plus de risques de développer un PTSD, d'autant que la consommation de toxique pourrait diminuer la perception du danger (Modèle du haut risque).

Le TUS pourrait également fragiliser l'individu exposé à l'événement traumatique et favoriser le développement de l'ESPT, en interférant avec le processus émotionnel ou en aggravant les symptômes d'anxiété et d'hypervigilance (Modèle de la susceptibilité augmentée) (45).

Les études sont mitigées par rapport à ces modèles, une en faveur du modèle du haut risque (46), une autre en faveur du modèle de la susceptibilité uniquement (47).

Une étude prospective de Chilcoat et Breslau ne pouvait pas favoriser le modèle psychiatrique secondaire au profit de celui de l'automédication (48).

2.3.3) Modèle des facteurs communs

D'après ce modèle, troubles addictologiques et psychiatriques auraient des vulnérabilités communes qui expliqueraient la fréquence élevée des comorbidités sans causalité de l'une ou de l'autre.

Une étude sur des jumeaux a estimé une contribution génétique pour le PTSD avec une variance de **35,3%**, dont **15,3%** commun avec un TUA ou TUS, **20%** restant spécifique au PTSD (49). Une autre étude portant cette fois sur des jumelles montrait une corrélation génétique entre PTSD et TUA (50).

Au niveau environnemental, de mauvais traitement dans l'enfance et des familles à risque pourraient être des facteurs de vulnérabilité partagés pour le PTSD et le TUA (51)

Pour finir, aucun modèle théorique ne saurait expliquer la genèse et l'évolution de la pathologie duelle à lui seul mais ils peuvent tous donner un éclairage particulier et sensibiliser sur certains points de l'anamnèse des patients.

2.4) Stratégies thérapeutiques :

Malgré l'intérêt récent de la communauté médicale et la multiplication des études sur le sujet, il n'existe pas de traitement de référence pour les pathologies duelles, a fortiori l'association entre stress post-traumatique et addictions. Ces études ont néanmoins fourni des pistes thérapeutiques de traitements ou d'associations de traitements pouvant traiter ces comorbidités, notamment qu'associer traitements pharmacologiques et psychosociaux était la prise en charge la plus efficace (52).

2.4.1) Médicamenteuses :

Un point non soulevé lors de son évocation pour le trouble d'usage est que par des mécanismes indirects la méthadone peut être considérée comme un faible inhibiteur de la capture de sérotonine. (53) (54). A noter que les patients présentant une pathologie duelle nécessitent des posologies plus importantes de méthadone (55).

Au niveau des traitements addictologiques, la naltrexone montrait une efficacité par rapport à la consommation d'alcool en population comorbide, mais pas sur le PTSD. (56,57)

Le disulfiram serait supérieur à la naltrexone pour la diminution de la consommation d'alcool et aurait également un effet sur le PTSD (58).

La N-acétylcystéine, un addictolytique utilisé à visée anti-craving pour les TU de cannabis et de cocaïne, semble également un intérêt pour le TUA et le TSPT (59).

Concernant les ISRS, des études ont tenté d'évaluer leur efficacité en cas d'association avec une comorbidité addictive, montrant des résultats mitigés quant à l'action de la sertraline sur la diminution de la consommation d'alcool (58, 60).

Une étude comparant la désipramine à la paroxétine suggère une supériorité de la désipramine pour la réduction des consommations d'alcool (61).

Les antipsychotiques ne sont pas préconisés pour le PTSD, mais une étude rétrospective a étudié l'effet de la quetiapine chez des vétérans avec un TUA, dont 90% avaient un PTSD (62). Cette étude avait retrouvé un effet positif de la quetiapine sur les troubles du sommeil dus au PTSD mais également une diminution de la consommation d'alcool. Cet effet a été retrouvé sur une petite étude prospective (63) mais pas sur une étude plus large (64).

La prazosine, un agoniste alpha1-adrénergique, déjà utilisé pour traiter les troubles du sommeil du PTSD, a été testé en population comorbide, avec des résultats mitigés quant à son action sur la diminution d'alcool ou les symptômes du PTSD (65,66).

Le propranolol, un bêta-bloquant, aurait un effet sur la diminution du craving pour l'alcool et en diminuerait les symptômes de manque (67), il pourrait également les intrusions traumatiques et flashbacks du PTSD (68), mais n'a pas été testé en population comorbide.

2.4.2) Non-médicamenteuses :

Une revue de la littérature montre que la prise en charge la plus efficace pour traiter ces pathologies duelles est l'association de traitements pharmacologiques et psychosociaux (52).

En particulier, elle décrivait une association entre entretien motivationnel, Contingency Management (CM), et thérapie de facilitation en 12 étapes ainsi qu'une autre combinant entretien motivationnel, TCC, CM et case management comme prometteuse pour la prise en charge des pathologies duelles.

Une revue Cochrane de 2019 a tenté de comparer l'efficacité des diverses psychothérapies sans retrouver de supériorité d'une prise en charge par rapport à l'autre (69).

La complexité de la pathologie duelle préconise une prise en charge intégrative, parmi celle-ci on peut citer Seeking safety , une TCC en 25 sessions centrée sur le développement et le maintien de la sécurité est l'une des plus largement étudiées, elle a montré une réduction des symptômes pour le TUA et le PTSD (70,71).

On peut également citer la Concurrent treatment of PTSD and Substance Use Disorder Using Prolonged Exposure (COPE), une thérapie intégrative guidée en 12 sessions qui synthétise traitements cognitivo-comportementaux pour les TUS et thérapie d'exposition prolongée pour le PTSD. Plusieurs études randomisées ont montré son efficacité pour diminuer la sévérité des symptômes de PTSD et de TUA. (72,73)

Néanmoins a minima combiner une psychothérapie avec une thérapie médicamenteuse peut aider à favoriser une meilleure alliance thérapeutique qui permettra une meilleure compliance aux soins.

3) DEPISTAGE DES PATHOLOGIES DUELLES

3.1) Dépistage de la pathologie duelle chez un patient présentant un TUS

Il paraît utile de rappeler que la prise en charge psychiatrique et surtout addictologique reste faible en population comorbide. D'après la NSDUH 2020, **49,5%** des patients présentant une pathologie duelle n'avaient pas été traité, **42,3%** avaient bénéficiés de soins uniquement psychiatriques, **2,5%** uniquement des soins addictologiques, et **5,7%** avaient reçu les deux types de soins. (9)

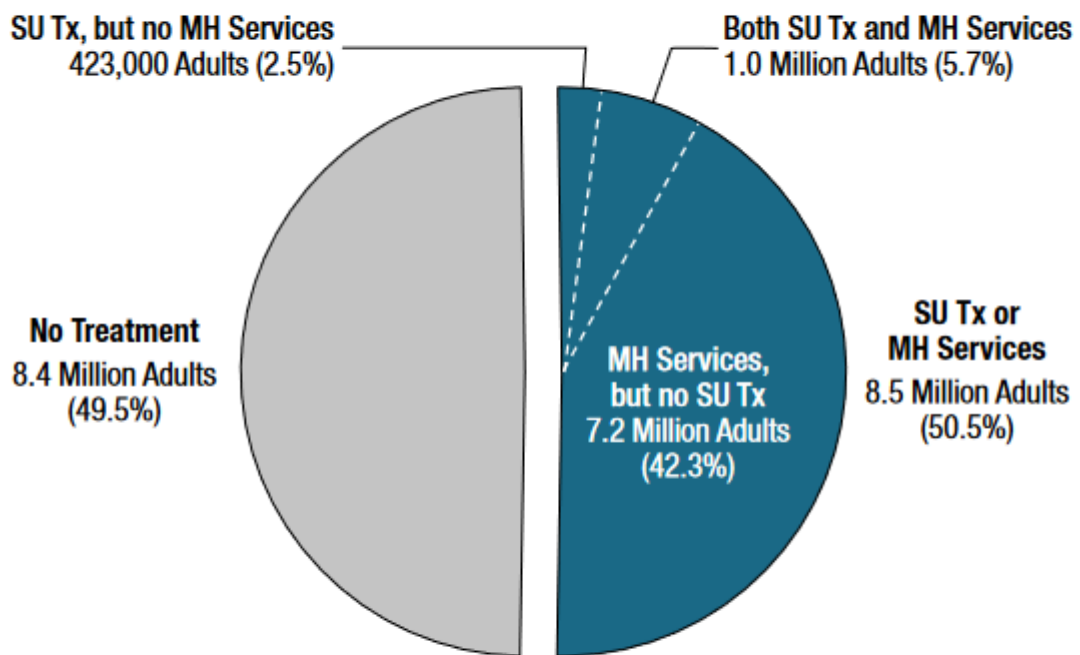
Ces chiffres bas soulignent le problème du dépistage des troubles comorbides dans les services de soins, qui ne seraient pas systématiquement recherchés malgré leur prévalence élevée. Il pourrait s'agir d'un manque de formation ou de sensibilisation des soignants, ou l'absence d'outil de dépistage adapté. Ces patients de par leur pathologie duelle sont en plus particulièrement à risque d'aggravation aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique ou addictologique (74, 39).

Il faut donc disposer d'un outil de dépistage pour les orienter le plus précocement possible, si possible facile et rapide à utiliser, dans l'objectif de l'intégrer à l'examen initial des patients en structure psychiatriques ou addictologiques.

Nous allons décrire dans un premier temps les échelles de dépistages déjà existantes et leur utilité en pratique, puis nous présenterons une échelle prometteuse dans cette optique, la DDSI (Dual Diagnosis Screening Interview), dont la version française a fait l'objet d'une étude pour sa validation. Nous exposerons ensuite les résultats de cette étude avant de se

concentrer sur l'échantillon des patients présentant un ESPT ou ayant vécu un évènement traumatique.

Figure 54. Receipt of Substance Use Treatment at a Specialty Facility and Mental Health Services in the Past Year: Among Adults Aged 18 or Older with Past Year Substance Use Disorder and Any Mental Illness; 2020



17.0 Million Adults with a Substance Use Disorder and Any Mental Illness

Note: Mental Health Services include any combination of inpatient or outpatient services or receipt of prescription medication.

MH = mental health; SU Tx = substance use treatment.

Figure 5 : D'après NSDUH 2020, Soins psychiatriques et addictologiques sur les douze derniers mois chez des patients de 18 ans ou plus présentant une pathologie duelle (9).

3.1.1) Echelles de dépistages du PTSD

Parmi les échelles de dépistages utilisées pour orienter vers un ESPT on peut citer l'IES-R (Impact of Events Scale Revised), l'auto-questionnaire le plus ancien et le plus utilisé.

L'échelle a été réalisée initialement par Horowitz et al en 1979 (75), puis complétée par Weiss et Marmar en 1997 pour l'adapter au DSM IV. Elle sert à mesurer le SPT après un évènement traumatique. Elle comporte 22 items (exemple : *tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement, je me réveillais la nuit...*), qu'on demande aux patients de lire et d'évaluer à quel point ils ont été bouleversés par ces difficultés au cours des sept derniers jours. Les items sont notés sur une échelle de fréquences de 0 à 4, réalisable en 5 à 10 minutes.

Un score de 22 est en faveur de symptômes significatifs de stress aigu, un score de 35 suggère la présence d'un TSPT (76).

Le CAPS (Clinician Administered PTSD Scale), développé par Blake et al en 1990, mesure la fréquence et l'intensité de chaque symptôme en utilisant des questions standards. C'est l'échelle la plus reconnue pour évaluer l'ESPT (77).

Le CAPS-5 est une interview structurée avec 30 items correspondant aux critères du DSM-5, il existe également différentes versions pour évaluer différentes périodes (CAPS-1 pour le mois écoulé, CAPS-2 pour la semaine). Elle doit être réalisée par un clinicien et prend entre 45 minutes et une heure.

Le PCL-5 (PTSD CheckList for DSM-5) est la version adaptée pour le DSM-5 de la PCLS (PTSD Checklist Scale) initialement créée en 1993 par Weathers and al. C'est un auto-questionnaire de 20 items évaluant les symptômes d'ESPT au cours du dernier mois. Il peut être réalisé en

5-10 minutes mais doit être interprété par un clinicien. Un score de 33 et plus suggère un TSTP.
(78)

D'autres échelles n'évaluent pas les symptômes du PTSD dans leur globalité mais s'attardent sur un aspect particulier à un stade précoce pour tenter d'en prévoir l'évolution.

C'est le cas pour le PDEQ (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire), mis au point en 1997 par Marmar, Weiss et Metzler, qui évalue le vécu de la victime au moment de l'évènement traumatique et dans les heures qui suivent pour mesurer les expériences de dissociations vécues sur cette période.

C'est un auto-questionnaire comportant 10 items réalisable en une dizaine de minutes. Un score supérieur ou égal à 15 indique une dissociation significative et un risque de développer un TSPT (79).

Il est utilisé en combinaison avec le PDI (Peritraumatic Distress Inventory), réalisé en 2001, une auto-évaluation de 13 items réalisable en une quinzaine de minutes. Il évalue les réactions de détresses émotionnelles au moment du traumatisme et dans les heures qui suivent, pour vérifier si la personne est à risque de développer un TSPT. Un score supérieur ou égal à 15 oriente vers une détresse significative, dont il serait indiqué de réévaluer la symptomatologie après quelques semaines (80).

Ces échelles sont efficaces pour le dépistage du PTSD mais ne sont pas adaptées pour évaluer une prise de toxiques ou la manière dont ces toxiques peuvent affecter les symptômes de l'ESPT.

3.1.2) Historique des échelles de dépistages en pathologie duelle

Les modifications éventuelles de la symptomatologie dues aux addictions dans la pathologie duelle limitent l'utilisation des échelles de dépistages non adaptées aux patients présentant un TUS. Par exemple la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), est un entretien diagnostique structuré explorant les pathologies psychiatriques de l'axe I du DSM-IV et qui comporte parmi les 17 modules explorés l'évaluation de la dépendance/abus d'alcools et de drogues, mais n'a pas été validé chez les usagers de substances (81).

Des échelles ont ainsi été développées spécifiquement pour dépister des troubles psychiatriques particuliers chez des patients usagers de substances. C'est le cas par exemple de la PHQ (Patient Health Questionnaire), qui dépiste les syndromes dépressifs dans ces populations (82). On peut également citer la BCSFR (the Boston Consortium of Service for Families in Recovery), dépistant les SSPT chez des femmes usagères de drogues. (83)

Enfin, il existe des échelles des troubles psychiatriques chez des patients présentant un TUS, bien que peu nombreuses. C'est le cas de la SSADDA (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism), un entretien semi-structuré pouvant dépister, en plus des pathologies de l'axe I, plusieurs pathologies psychiatriques et addictives comme l'addictions aux jeux, les troubles des conduites, la personnalité antisociale... Néanmoins cette échelle était initialement prévue pour des études génétiques et est le plus souvent utilisé pour effectuer des évaluations diagnostiques précises plutôt que pour le dépistage (84).

L'échelle de référence dans le dépistage des comorbidités psychiatriques et addictologiques est le PRISM (the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental disorders), un entretien semi-structuré mis au point par le Dr HASIN et son équipe de l'Université de

Columbia et de l'Institut Psychiatrique de New-York dans les années 90, adapté depuis aux changements du DSM. Sa fiabilité et sa validité ont déjà été démontrées (85), elle explore en plus des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ou des troubles psychotiques des pathologies comme les troubles de l'alimentation ou les troubles de la personnalité antisociale ou borderline. Notion importante, elle fait la distinction entre les troubles psychiatriques primaires et ceux induits par la substance, et a montré de bons résultats dans cette différenciation (86).

Elle reste malheureusement limitée à la recherche clinique et épidémiologique, sa principale limitation étant la durée de passage de l'entretien, pouvant varier entre 45 minutes et deux heures en fonction de la pathologie du patient et de l'expérience de l'examineur. Pour envisager une utilisation plus large une échelle de dépistage doit ainsi être non seulement validée pour l'étude des populations comorbides mais aussi fiable et rapide, et si possible facile à utiliser.

3.1.3) Présentation de la DDSI

La DDSI (Dual Diagnosis Screening Interview) est une échelle développée à partir de la S-CIDI, l'échelle de dépistage des troubles mentaux chez les usagers de drogues utilisée dans l'étude européenne ESEMeD. L'objectif était de créer un outil de dépistage facile à utiliser et rapide d'utilisation tout en étant aussi fiable que la PRISM en termes de résultat.

L'équipe espagnole ayant mise au point la DDSI l'a donc comparé à la PRISM lors d'une étude portant sur 827 usagers de drogues entre janvier 2006 et octobre 2010. Les résultats montraient une sensibilité supérieure à 80% pour la dépression, les psychoses, les troubles paniques, l'état maniaque, la phobie sociale et les troubles phobiques spécifiques, et une

spécificité supérieure à 82% pour ces diagnostics. Le TDAH et le syndrome de stress post-traumatique étaient trop peu représentés pour conclure (87).

Il existe une version traduite en français qui n'a pas encore démontré sa validité et a fait l'objet d'une étude conjointe entre le CMP B du CHU de Clermont-Ferrand et l'unité de soins de suite et réadaptation en addictologie Etienne Clementel.

3.2) Etude de dépistage du TPST chez des patients souffrants d'un TUS

3.2.1) Méthode : validation DDSI

3.2.1a) Présentation

Cette étude avait donc pour objectif de vérifier la fiabilité de la version française de la DDSI en la comparant à la MINI (DSM-IV), considéré comme Gold standard.

A noter que l'échelle MINI n'est pas validée pour le dépistage de sujets consommateurs mais reste performante pour le dépistage des pathologies psychiatriques, tout en étant plus simple et rapide à utiliser qu'une échelle plus complexe comme la PRISM. Elle est donc un bon point de comparaison avec la DDSSI.

DDSI	MINI
Dépression	Episode dépressif actuel/passé Episode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques
Dysthymie	Dysthymie
Episode maniaque	Episode hypomaniaque actuel/passé Episode maniaque actuel/passé
Psychose	Syndrome psychotique actuel/vie entière Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotique actuel
Trouble panique	Trouble panique avec/sans agoraphobie actuelle
Agoraphobie	Agoraphobie sans ATCD de trouble panique actuel
Phobie sociale Phobie simple	Phobie sociale
TAG	TAG
TSPT	TSPT

Tableau 1 : tableau comparatif des pathologies dépistés par la DDSI et la MINI

La MINI évaluait également le risque suicidaire et dépistait trouble obsessionnel compulsif, anorexie mentale, boulimie et trouble de la personnalité antisociale, ces éléments ne sont pas pris en compte pour la comparaison, tout comme le TDAH dépisté par la DDSI.

L'étude s'est déroulée dans les services d'addictologie psychiatrie du CMP B du CHU de Clermont-Ferrand et le SSRA, sous la coordination d'Ingrid Chazeron puis Maryline Chalmeton, (CMP B, ingénieures en recherche clinique) et la supervision du Dr Tissier et du Pr Brousse.

Critères d'inclusion : Les patients devaient être âgés de 18 ans ou plus, venant en consultation ou étant hospitalisés dans les différentes unités du CMP B ou du SSRA, et présentant un ou des TUS selon les critères du DSM-5.

Critères d'exclusion : Les patients ne pouvant pas répondre aux questions, soit du fait de troubles cognitifs ou de barrière de la langue, soit par ce qu'ils présentaient une pathologie psychiatrique décompensée.

Le médecin réalisait l'interview avec le patient via une application DDSI sur tablette numérique, ainsi que l'échelle MINI, environ 45 minutes à une heure au total. Le patient recevait également la forme auto-questionnaire du DDSI qu'on lui demandait de remplir avant de la récupérer, généralement dans la journée.

L'examineur devait également estimer les troubles mentaux que le patient présentait au moment de lui faire passer les échelles (Episode dépressif majeur avec/sans caractéristiques psychotique, dysthymie, risque suicidaire, épisode maniaque ou hypomaniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, ESPT, trouble psychotique, anorexie mentale, boulimie ou anxiété généralisée) et en estimer la sévérité. C'est à cette étape que j'ai eu l'occasion de participer en recrutant quelques patients.

Un diagnostic psychiatrique et/ou addictologique était également posé, généralement par le médecin sénior responsable de l'unité.

3.2.1b) Caractéristiques socio-démographiques :

Au total, 84 patients ont été recrutés entre mars 2018 et février 2022, l'âge médian était de 44 ans. L'échantillon comportait 60 sujets masculins soit 71,4%, 23 étaient des femmes (ou 27,4%) et les informations socio-démographiques d'une personne de l'échantillon n'avaient pas été récupérés.

25 des sujets de l'échantillons étaient mariés, en concubinage ou pacsé soit 29,8%, 29 étaient célibataires ou veufs/veuves soit 34,5%, 29 étaient divorcés ou séparés (34,5%).

Concernant le niveau scolaire le plus haut atteint, 37 avaient le brevet (44%), 13 avaient le bac soit 15,5%, 29 (34,5%) avaient un niveau Deug-Licence ou bac +2/+3, 4 personnes avaient un niveau Maîtrise-DEA ou bac +4/+5 soit 4,8%.

Enfin, au niveau de la situation professionnelle, parmi les sujets de l'échantillon 22 travaillaient à temps plein ou partiel (26,2%), 7 étaient retraités soit 8,3%, 34 individus étaient en congé maladie de longue durée ou en invalidité (40,5%), 18 (21,4%) étaient hommes ou femmes au foyer ou sans activité professionnelles, un seul était étudiant soit 1,2%. Une personne n'avait pas répondu à cette question en plus de celle dont les informations n'étaient pas disponibles.

3.2.1c) Caractéristiques psychiatriques et addictologiques :

Parmi les sujets de l'échantillon, 74 présentaient un TUA soit 89%, 64 soit 76,2% présentaient les critères d'une addiction au tabac, 24 une addiction au cannabis soit 28,9%, 6 pour la cocaïne (7,2%), 4 pour les opiacés (4,8%). Deux patients présentaient une addiction à des médicaments (benzodiazépines et acupan), un pour la MDMA.

Sur le plan psychiatrique, d'après la MINI, 36 des participants présentaient un épisode dépressif caractérisé (43%), 20 une dysthymie (24%), 29 une bipolarité (34,9%).

11 individus cotaient pour un ESPT (13,2%), 26 (31,3%) pour un trouble psychotique. Un trouble anxieux généralisé était dépisté pour 38 d'entre eux soit 45,8%, 12 individus présentaient un trouble panique (14,4%), 20 une phobie sociale (24,1%) et 20 pour une agoraphobie (24,1%).

41 présentaient un risque suicidaire soit 49,4%, dont 22 un risque léger (26,5%), 9 pour un risque modéré (10,8%) et 10 pour un risque élevé (12%). 6 personnes cotaient pour un trouble de la personnalité antisociale (7,2%).

Plusieurs patients ont été retirés des résultats, l'un d'entre eux n'avait passé que la DDSI sans réalisation de la MINI, ne pouvant pas fournir de point de comparaison nous ne le comptons pas dans les résultats. Une dizaine de patients avait apparemment réalisé les deux échelles mais les résultats du dépistage n'avaient pas été récupérées et nous ne disposons pas des cut-off nécessaire pour les extrapoler à partir des résultats aux questions.

3.2.1d) Propriétés psychométriques de la DDSI :

Pathologie Psychiatrique	Vrais positifs (DDSI+/MINI+)	Faux positifs (DDSI+/MINI-)	Faux négatifs (DDSI-/MINI+)	Vrais négatifs (DDSI-/MINI-)
Dépression	16	14	11	29
Dysthymie	1	7	18	46
Manie	9	6	18	39
Psychose	14	5	8	45
Trouble panique	3	10	8	51
Agoraphobie	4	5	14	49
Phobie sociale	5	8	10	49
TAG	16	9	15	32
PTSD	4	12	5	51

Tableau II : Tableau des contingences de la comparaison DDSI/MINI par pathologie
psychiatrique

Pour deux patients, les informations manquaient pour la cotation de la DDSI pour la
dépression, ils sont donc retirés des résultats.

Nous pouvons ainsi calculer les sensibilités, spécificités, Valeurs Prédictives Positives et
Négatives pour chaque pathologie :

Pathologies psychiatriques	Sensibilité	Spécificité	Valeurs prédictives positives	Valeurs prédictives négatives
Dépression	59,2%	67,4%	53%	72,5%
Dysthymie :	5,3%	86,8%	12,5%	71,9%
Manie	33,3%	86,7%	60%	68,4%
Psychose	63,6%	90%	73,7%	84,9%
Trouble panique	27,3%	83,6%	23,1%	86,4%
Agoraphobie	22,2%	90,7%	44,4%	77,8%
Phobie sociale	33,3%	86%	23,1%	83%
TAG	51,6%	78%	64%	68,1%
PTSD	44,4%	81%	25%	91,1%

Tableau III : Propriétés psychodynamiques de la DDSI

Ces résultats seront commentés dans le chapitre de discussion.

3.2.2) Résultats ESPT et DDSI

Nous allons maintenant nous concentrer sur la proportion des patients avec un diagnostic de PTSD d'après les médecins séniors ou codant pour cette pathologie avec la MINI.

	Comorbidités psychiatriques	Comorbidités addictives :
PTSD diagnostiqué Par un sénior : 11	EDM : 8	TUA : 8 dont 7 sévères
	Manie : 2	Tabac : 7 dont 5 sévères
	TAG : 6	TU cocaïne : 2 dont 2 sévères
		TU cannabis : 1
	Schizophrénie : 5	TU opiacés : 1
	Risque suicidaire léger : 4 Risque suicidaire modéré : 2 Risque suicidaire élevé : 2	TU médicamenteux : 1, sévère (Acupan)
PTSD + selon la MINI sans diagnostic confirmé par le sénior : 7	EDM : 6	TUA : 7 dont 3 sévères
	Manie : 5	Tabac : 5 dont 3 sévères
	TAG : 4	TU opiacés : 2 dont 1 sévère
	Trouble perso antisociale : 1	TU cannabis : 1
	Risque suicidaire léger : 1 Risque suicidaire modéré : 1 Risque suicidaire élevé : 2	TU cocaïne : 1 sévère

Tableau IV : comorbidités de l'échantillon PTSD

Le premier point à soulever sont les patients dépistés par la MINI sans que les séniors n'aient confirmé le diagnostic de PTSD. Les principales différences avec l'autre catégories étant un nombre plus important de patients cotant pour une manie, les symptômes du SSPT ont pu être masqués par un état maniaque ou hypomaniaque. A noter que parmi ces 7 patients, deux n'ont pas décrit d'accident traumatique quand la question leur a été posée, ce qui indiquerait soit que le patient n'a pas voulu se confier soit un éventuel faux positif de la MINI.

On retrouve donc une proportion importante de TUS sur l'échantillon, en particulier de TUA, la majorité répondant aux critères de sévérité du TUA selon le DSM 5 ce qui concorde avec les hypothèses précédemment évoquées d'automédication, l'alcool ayant des effets permettant de diminuer la symptomatologie du PTSD.

Nous avons réalisé un test de Fischer pour évaluer cette association :

	PTSD +	PTSD -
TUA	15	59
Pas de TUA	3	6

Le test retrouve une P value de 0,39, on ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle et l'association peut relever de la fluctuation d'échantillonnage.

Concernant l'association PTSD/sévérité du TUA :

	PTSD+	PTSD-
TUA sévère (6-11 critères du DSM-5)	13	62
TUA non sévère	2	2

Le test de Fischer retrouve une P value de 0,16, on ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle et l'association peut relever de la fluctuation d'échantillonnage.

Le tabagisme actif était également très représenté dans l'échantillon (**72,2%**), la consommation de tabac apportant peut-être un léger apaisement et un regain de concentration tout en étant licite.

A noter que les informations sur la consommation de tabac n'avaient pas été récupérés pour 8 personnes dont 2 patients PTSD+, nous ne les comptons pas dans les résultats. Nous avons effectué un test de Fischer pour estimer cette association :

	PTSD +	PTSD -
TU tabac +	13	52
TU tabac -	3	8

La P value est de 0,69, on ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle et l'association peut relever de la fluctuation d'échantillonnage.

Concernant la sévérité du tabagisme :

	PTSD+	PTSD-
Sévérité du tabagisme	8	18
Tabagisme non sévère	6	34

Le test du χ^2 retrouve une P value à 0,07, on ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle.

La proportion de patient rapportant un risque suicidaire est particulièrement importante dans cet échantillon (**67%**), rapportée à la population totale on retrouve une prévalence de **14,4%**, **29%** si rapportée à tous les patients présentant un risque suicidaire soit 41.

Pour déterminer si cette association était vraiment significative nous réalisons un test du χ^2

	PTSD+	PTSD-
Risque suicidaire	12	29
Pas de risque suicidaire	6	36

On retrouve une P value de 0,097 donc l'hypothèse nulle ne peut être écartée et l'association peut relever de la fluctuation d'échantillonnage.

Concernant les épisodes dépressifs dans l'échantillon, ils représentaient 36% des troubles dépressifs de l'échantillon, et 16,87% de la population globale. Réalisons un test de Fischer pour étudier cette association :

	PTSD+	PTSD-
EDM +	14	22
EDM-	4	43

On retrouve une P value de 0,001 donc l'hypothèse nulle peut être rejetée et l'association considérée comme significative. On peut postuler que les troubles du sommeil inhérent au PTSD et un éventuel trouble addictif associé pourrait faire coter le patient pour les symptômes de fatigue et de troubles du sommeil présent dans l'EDM, voir l'installation d'un trouble dépressif chez ces patients.

Pour ce qui concerne les épisodes (hypo)-maniaques, l'échantillon comportait 7 individus concernés soit 19,44% des cas dans la population et 8,4% de l'échantillon.

Réalisons un test du χ^2 pour vérifier s'il y a une association :

	PTSD+	PTSD-
Manie+	7	22
Manie -	11	43

On retrouve une P value de 0,69, on ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle et l'association peut relever de la différence d'échantillonnage.

Au niveau du TAG, l'échantillon comportait 10 individus ce qui représentait 26,3% de la pathologie, 12% pour la population de l'étude.

Réalisons le test statistique :

	PTSD+	PTSD-
TAG+	10	28
TAG-	8	37

Le test du χ^2 retrouve une P value de 0,34 donc on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle et l'association peut relever de la différence d'échantillonnage.

Au sujet du TU de la cocaïne, l'échantillon représentait 50% de la totalité des patients atteints.

Réalisons le test statistique pour évaluer l'association :

	PTSD+	PTSD-
TU Cocaïne +	3	3
TU Cocaïne -	15	62

Le test de Fischer retrouve une P value de 0,11, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle et l'association peut relever de la différence d'échantillonnage

Enfin, pour ce qui est du TU des opiacés représentait 75% de la pathologie dans la population.

Réalisons un test statistique pour évaluer l'association :

	PTSD+	PTSD-
TU opiacé +	3	1
TU opiacés -	15	64

Le test de Fischer donne une P value de 0,03, on peut donc rejeter l'hypothèse nulle et l'association est significative. On peut postuler que ces patients recherchaient un effet apaisant et euphorisant qui les amené vers ce produit, d'autant qu'ils présentaient tous un épisode dépressif et deux d'entre eux un trouble panique.

A noter que parmi une quarantaine de patients rapportant des évènements traumatiques seuls 18 d'entre eux ont côté pour le PTSD avec la MINI ou ont un diagnostic confirmé par un médecin sénior. Au-delà des caractéristiques de l'échelle ou des manifestations cliniques de la pathologie se pose ainsi la question de la résilience.

3.2.4) Discussion

Rappelons tout d'abord que les résultats n'étant pas disponibles en totalité, cette analyse peut être erronée.

En voyant les résultats, la première chose surprenante étaient ces sensibilités assez faibles, en particulier pour des pathologies comme la dysthymie (**5,3%**), la manie (**33%**), le trouble panique (**27,3%**), l'agoraphobie (**22,2%**), la phobie sociale (**33,3%**) et le PTSD (**44%**). Etonnamment les spécificités retrouvées sont toutes bonnes voir excellentes hormis celle de la dépression à **67,4%**. Rappelons que l'étude de la validité de la DDSI avait retrouvé de bonnes sensibilités et spécificités en la comparant au PRISM, plus précis et fastidieux que la MINI (87).

La proportion importante des faux négatifs de la DDSI par rapport à la MINI, particulièrement dans les pathologies énumérées précédemment, en contraste avec de bonnes spécificités nous fait nous demander si la MINI ne quadrille pas trop large par rapport à une DDSI qui serait plus restreinte dans ses cut-off. Nous ne pouvons pas être certain sans connaître les cut-offs mais pour la dépression, la manie, la psychose et le trouble panique la MINI distingue épisodes passés et actuels et compte ainsi davantage de questions et pourrait donc avoir davantage de chances de coter pour ces pathologies. Nous avons relevé une autre distinction dans la formulation des questions pour la dysthymie, où la MINI utilise la formule « Au cours des deux

dernières années, vous êtes-senti(e) triste, déprimé(e), cafardeux(se), la plupart du temps » tandis que la DDSI demande si la période de mal-être « a duré au moins deux ans ». La question de la MINI est plus ouverte alors que la DDSI donne vraiment l'impression de délimiter un seuil qui peut expliquer en partie le nombre particulièrement important de faux négatifs pour cette pathologie.

De manière générale la DDSI propose davantage de choix dans ses réponses « oui, non, je ne souhaite pas répondre » tandis que la MINI ne propose que oui ou non. En supposant une coopération totale pour peu qu'il ne se rappelle pas des éléments au moments de la question un même patient pourrait ainsi donner une réponse « nulle » à la DDSI alors qu'il aurait répondu à la MINI.

Spécifiquement pour le PTSD, la MINI évalue les symptômes sur le mois écoulé, alors que la DDSI le fait sur la vie entière. Un patient avec un PTSD ancien ou masqué par la consommation de toxique peut ainsi coter comme faux positif en comparaison avec la MINI malgré un diagnostic ou des réponses positives pour les symptômes.

Nous avons abordé l'étude sous un autre angle et tenté de confronter simultanément la DDSI et la MINI aux diagnostics des médecins séniors, afin d'estimer une sensibilité et une spécificité pour les deux échelles, comptant ainsi le test comme positif si la pathologie diagnostiquée par les médecins figure dans celles dépistées par les échelles, et négatif dans le cas contraire. Dans un souci de clarté et de simplicité, pour les cas où les médecins séniors avaient diagnostiqué plusieurs pathologies psychiatriques le test est compté comme positif si au moins une de ces pathologies est dépistée, ce principe valant également dans le cadre du trouble bipolaire qui pouvait coter pour la dépression ou la manie, ou le trouble schizo-affectif

qui regroupe des symptômes de la sphère psychotique et du trouble de l'humeur. Ainsi un patient n'aura qu'un seul test positif pour une même échelle.

Pour les quelques patients qui ne présentaient d'après les médecins séniors qu'un trouble de l'usage sans comorbidité psychiatrique, nous comptons le test comme négatif si l'échelle dépistait une pathologie psychiatrique.

Voici le tableau des contingences pour la DDSI :

	Patients +	Patients -
DDSI +	35 (vrais positifs)	5 (faux positifs)
DDSI -	27 (faux négatifs)	6 (vrais négatifs)

Tableau des contingences pour la MINI :

	Patients +	Patients -
MINI +	42 (vrais positifs)	5 (faux positifs)
MINI -	20 (faux négatifs)	6 (vrais négatifs)

Cela donne une sensibilité de **56,4%** pour la DDSI contre **67,8%** pour la MINI, une spécificité de **54,5%** pour les deux tests. La Valeur Prédictive Positive était de **87,5%** pour la DDSI et de **89,4%** pour la MINI. Les Valeurs Prédictives Négatives étaient de **18,2%** et **23,1%** respectivement.

Pour estimer si la différence de sensibilité observée pouvait provenir de fluctuation d'échantillonnage, nous avons réalisé un test du χ^2 :

	DDSI+	MINI+
Patients +	35	42
Patients -	27	20

On retrouve une P Value de 0,19. On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle et la différence peut relever de la fluctuation d'échantillonnage.

Ces résultats sont inattendus car une échelle de dépistage possède généralement une très bonne sensibilité et une spécificité moins importante, ce principe valant aussi bien pour la DDSI que pour la MINI. A noter une fois encore qu'il manquait une partie des résultats et qu'il faudrait avoir la globalité des données pour conclure.

En ce qui concerne les limitations de l'étude, on peut souligner que les deux échelles n'utilisaient pas le même DSM. Cependant la MINI basée sur le DSM V n'était pas disponible au début de l'étude et changer d'échelle de référence en milieu de parcours aurait biaisé les résultats.

Les patients ont en très grande majorité été interviewés pendant qu'ils étaient hospitalisés, l'étude ne permet donc pas d'évaluer une utilisation de l'échelle dans le cadre ambulatoire.

L'exclusion des patients présentant des troubles cognitifs s'est faite sur la connaissance d'antécédents médicaux ou de résultats de tests antérieurs, il n'y avait pas d'évaluation cognitive systématique pour l'inclusion dans l'étude ou avant l'utilisation des échelles.

Les diagnostics psychiatriques et addictologiques étaient soit connus au préalable soit posé d'après l'expérience clinique des médecins séniors, il n'y a pas eu de confirmation par des échelles diagnostiques.

Pour des raisons pratiques, la DDSI et la MINI étaient réalisées successivement en une seule session ce qui a pu impacter la concentration ou la coopération des patients.

La MINI évalue le trouble de la personnalité antisociale, particulièrement à risque de comorbidités addictives et pouvant compliquer l'adhésion aux soins et aggraver le pronostic (88), mais aucune des deux échelles n'évalue le trouble de la personnalité limite qui est également à risque de comorbidités addictives et de complications sur le plan psychiatrique (89).

La MINI dépiste le PTSD sur le mois écoulé, en fonction du cut-off la DDSI peut ne pas coter pour le PTSD malgré des réponses positives pour les symptômes.

La DDSI gagnerait à intégrer une évaluation du risque suicidaire comme le fait la MINI, l'utilisation sous forme d'application sur tablette numérique pourrait permettre par exemple d'en faire un module optionnel circonscrit au dépistage de certaines pathologies particulièrement à risque (dépression, schizophrénie, ESPT).

Au niveau des avantages la DDSI est facile à prendre à main et le questionnaire en lui-même prend environ une quinzaine de minutes. Le TSPT est évalué sur la vie entière et pas juste sur le mois précédent, ce qui peut donner une meilleure compréhension de la clinique actuelle du patient, et apporter un autre éclairage à l'histoire de sa maladie pour estimer une entrée dans l'addiction, d'éventuels transferts addictifs ou l'apparition d'autres troubles psychiatriques.

Il est important de souligner que ces deux échelles ne constituent pas un test diagnostique mais donnent des pistes pour le dépistage qui devront être approfondies par la suite, elles ne se substituent pas à un entretien psychiatrique ou un interrogatoire clinique.

L'existence de l'application permet d'imaginer à terme une application à plus grande échelle sur d'autres appareils numériques.

Une reformulation de certaines questions de la DDSI ou une comparaison avec une autre échelle serait peut-être préférable pour en vérifier la fiabilité.

4) Discussion générale

Il semble important pour compléter le sujet de l'ESPT d'en évoquer les particularités chez l'enfant et l'adolescent.

Les critères du DSM-5 sont applicables chez l'enfant de plus de 6 ans, mais au niveau du critère B l'enfant peut présenter des jeux répétitifs exprimant des aspects du traumatisme plutôt que rapporter des souvenirs envahissants. De même il peut avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable plutôt que des cauchemars en lien avec l'évènement. Enfin, on peut observer chez l'enfant des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours des jeux au lieu de réactions dissociatives.

Pour l'enfant de moins de 6 ans, il existe une version adaptée du DSM-5 :

Critères A : Chez l'enfant de moins de 6 ans avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant ; *NB être témoin*

direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images ;

3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l'enfant.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas forcément apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais reconstitutions dans le jeu ;

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié aux événements traumatiques ;*

3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours de jeux ;

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

Évitement persistant de stimuli

1. Évitement ou tentative d'évitement des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événement traumatiques ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des personnes, conversations, ou des situations qui ramènent à l'esprit des souvenirs du ou des événements traumatiques

Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion ;
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à des activités y compris le jeu ;
5. Comportement traduisant un retrait social ;
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

Critères D : Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés aux événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Hypervigilance ;

3. Réaction de sursaut exagéré ;

4. Problèmes de concentration ;

5. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi). *Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex.,*

moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée : Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Des études indiquent que le cerveau de l'enfant ayant développé un PTSD présente des anomalies structurelles et fonctionnelles similaires à celles d'un adulte avec la même pathologie, une diminution de taille du cortex préfrontal médian notamment. La réduction de l'hippocampe et l'hyperactivité amygdalienne n'étaient pas présentes initialement mais semblent faire l'objet d'une action neurodéveloppementale retardée, et apparaissaient avec l'âge (90). On peut imaginer que la multiplication des traumatismes ou l'absence de prise en charge du TSPT pourrait être responsable du développement d'un trouble de la personnalité type antisociale ou borderline, propice aux complications psychiatriques et addictologiques (84, 89, 51).

L'une des subtilités de la prise en charge du TSPT chez l'enfant est qu'on ne peut bien sûr pas recourir aux traitements médicamenteux et que toute l'attention doit être portée sur un TCC centrée sur le trauma. Une étude a cependant montré une bonne efficacité de l'EMDR qui en fait une alternative intéressante en cas d'indisponibilité de la TCC (91).

Comme l'ont montré certaines études (28,30) et même l'échantillon étudié lors de l'étude de validation de la DDSI, seule un pourcentage des personnes exposées à un événement traumatique développe un PTSD dans les suites. Au-delà de vulnérabilités génétiques ou de

comorbidités propices au développement du PTSD se pose aussi la question de mécanismes protecteurs qui empêcheraient le développement de la pathologie.

On définit la résilience comme la capacité dynamique à s'adapter avec succès devant l'adversité, le trauma ou une menace significative. La résilience est complexe et doit plutôt être visualisée comme un continuum, avec le potentiel de changer tout au long de la vie d'un individu (92). Des études ont cherché à identifier les facteurs responsables de cette résilience. Au niveau génétique, si un gène rendant vulnérable au PTSD a bien été identifié, le gène codant pour la protéine FKBP5 (93), les mécanismes génétiques de la résilience semblent plutôt faire intervenir l'épigénétique. L'attachement et la stabilité familiale jouent un rôle clé dans le développement de l'enfant et de la résilience (94), et les facteurs protecteurs les plus répliqués et modifiables incluent la régulation émotionnelle, la flexibilité cognitive et la réévaluation, les émotions positives et la capacité à motiver le support social (95). Ces facteurs sont donc une cible de choix pour des interventions ciblées de types psychothérapies pour corriger les facteurs de vulnérabilité quand ils sont identifiés. Les recherches doivent être poursuivies pour mieux identifier les facteurs neurobiologiques de la résilience pour pouvoir prévenir l'apparition du PTSD chez les enfants et en faciliter la prise en charge chez l'adulte.

Malgré les études qui montrent que les psychothérapies occupent une place importante dans le traitement de la comorbidité TSPT/TUS, force est de constater un problème de disponibilité. Si la plupart des structures emploie bien un ou plusieurs psychologues ils ne sont pas forcément rompus aux techniques de TCC développées de l'autre côté de l'Atlantique, notamment Seeking Safety et COPE. On peut également souligner le peu de soignants formés à l'EMDR dans la région.

Enfin, si le développement d'une échelle de dépistage précoce et adaptée aux pathologies duelles est un pas important et nécessaire à leur prise en charge, une intervention plus en amont pour favoriser la prévention pourrait également jouer un rôle important, comme le font par exemple les CSAPA avec les Consultations Jeunes Consommateurs.

Ces interventions précoces favorisent une première prise de contact entre les jeunes consommateurs et le système de soins, permettant la prévention des complications somatiques et psychiatriques, la réduction des risques voire l'orientation vers des dispositifs de soins adaptés

V. CONCLUSION

Les pathologies duelles sont caractérisées par la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, conduisant à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution.

Elles constituent un enjeu majeur de santé publique, un retard diagnostique aggravant encore un pronostic déjà alourdi par cette comorbidité. Parmi les différents modèles tendant d'expliquer cette association celui de l'automédication semble s'appliquer tout particulièrement à la comorbidité entre stress post-traumatique et trouble de l'usage.

Bien qu'il soit indiqué de prendre en charge les deux composantes de la pathologie duelle et que certains traitements psychiatriques puissent également avoir une action sur l'addiction et vice-versa, il n'existe pas encore de traitement de référence, hormis le conseil de prendre les deux composantes en charge et si possible de manière intégrative. A minima, associer thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses semble être l'approche la plus efficace, du moins en termes d'accroche et d'alliance thérapeutique.

De multiples épidémiologiques de grande ampleur confirment une prévalence importante de ces pathologies duelles, mais seule un faible pourcentage de ces patients sont pris en charge, ce qui soulève la problématique du dépistage précoce. A l'heure actuelle, il n'existe pas en France d'échelle de dépistage adaptée pour la recherche de comorbidités psychiatriques chez des sujets présentant un trouble de l'usage.

C'est pour y remédier qu'une étude a évalué la traduction française de la DDSI, une échelle prometteuse, fiable, rapide et facile à utiliser.

Nous avons analysé les résultats de l'étude, les données étaient incomplètes mais semblent indiquer une supériorité de la MINI en termes de sensibilité. Les analyses des différentes comorbidités n'ont donné une association statistique que pour la dépression et le trouble d'usage des opiacés. Les deux échelles paraissaient semblables mais nous avons relevé certaines différences subtiles qui ont pu introduire des biais de comparaison. Une majorité de patients rapportant un évènement traumatique n'ont pas développé de stress post-traumatique au décours ce qui permet d'explorer la notion de résilience.

La recherche d'un traitement de référence, d'une prise en charge optimale de ces pathologies duelles doit être maintenue tout comme la mise au point d'une échelle de dépistage précoce, la DDSI fournissant une base qui doit être améliorée au niveau de la sensibilité et pourquoi pas étendue en intégrant d'autres pathologies comme le trouble de la personnalité borderline.

Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur



Clermont-Ferrand, le 29/09/2022
Pr Pierre-Michel LLORCA
Président du Jury

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Llorca', written over a horizontal line.

Bibliographie :

- 1) Crawford, V., Crome, I. B., & Clancy, C. (2003). **Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review.** *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(1), 1–74. doi:10.1080/0968763031000072990
- 2) Kim, H. S., Hodgins, D. C., Garcia, X., Ritchie, E. V., Musani, I., McGrath, D. S., & von Ranson, K. M. (2021). **A systematic review of addiction substitution in recovery: Clinical lore or empirically-based?** *Clinical Psychology Review*, 89, 102083. doi:10.1016/j.cpr.2021.102083
- 3) Steffen, K. J., Engel, S. G., Wonderlich, J. A., Pollert, G. A., & Sondag, C. (2015). **Alcohol and Other Addictive Disorders Following Bariatric Surgery: Prevalence, Risk Factors and Possible Etiologies.** *European Eating Disorders Review*, 23(6), 442–450. doi:10.1002/erv.2399
- 4) Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. **Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study.** *Jama*. 1990 Nov 21;264(19):2511-8
- 5) Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). **Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States.** *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830. doi:10.1001/archpsyc.64.7.830
- 6) Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. **Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions.** *Arch Gen Psychiatry*. 2007 May;64(5):566-76
- 7) Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2012). **Sex Differences in Prevalence and Comorbidity of Alcohol and Drug Use Disorders: Results From Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(6), 938–950. doi:10.15288/jsad.2012.73.938
- 8) Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et al. **Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III.** *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757-766. PMID: 26039070

- 9) **Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health** (HHS Publication No. PEP21-07-01-003, NSDUH Series H-56)
- 10) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. **12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.** *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;109(s420):28-37. PMID: 15128385
- 11) DEMATTEIS M, PENNEL L. **-Théories neurobiologiques de l'addiction -** Traité d'Addictologie, 2ème édition- 2016
- 12) Koob GF, Simon EJ. **The Neurobiology of Addiction: Where We Have Been and Where We Are Going.** *J Drug Issues.* 2009 Jan;39(1):115-132. doi: 10.1177/002204260903900110. PMID: 20622969; PMCID: PMC2901107.
- 13) Koob GF, Mason BJ. **Existing and Future Drugs for the Treatment of the Dark Side of Addiction.** *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2016;56:299-322. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010715-103143. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26514207.
- 14) Dematteis M, Auriacombe M, D'Agnone O, Somaini L, Szerman N, Littlewood R, Alam F, Alho H, Benyamina A, Bobes J, Daulouede JP, Leonardi C, Maremmani I, Torrens M, Walcher S, Soyka M. **Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. Expert Opin Pharmacother.** 2017 Dec;18(18):1987-1999. doi: 10.1080/14656566.2017.1409722. Epub 2017 Dec 3. PMID: 29183228.
- 15) Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). **Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence.** *Cochrane Database of Systematic Reviews.* doi:10.1002/14651858.cd002207.pub4
- 16) Gorelick, D. A., Gardner, E. L., & Xi, Z.-X. (2004). **Agents in Development for the Management of Cocaine Abuse.** *Drugs,* 64(14), 1547–1573. doi:10.2165/00003495-200464140-00004
- 17) Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J., & Rounsaville, B. J. (2004). **Efficacy of Disulfiram and Cognitive Behavior Therapy in Cocaine-Dependent Outpatients.** *Archives of General Psychiatry,* 61(3), 264. doi:10.1001/archpsyc.61.3.264

- 18) Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S., & Davoli, M. (2010). **Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews.** doi:10.1002/14651858.cd007024.pub
- 19) Kleczkowska, P., Sulejczak, D., & Zaremba, M. (2021). **Advantages and disadvantages of disulfiram coadministered with popular addictive substances.** *European Journal of Pharmacology, 904*,174143. doi:10.1016/j.ejphar.2021.174143
- 20) Keating GM. **Nalmefene: a review of its use in the treatment of alcohol dependence.** *CNS Drugs.* 2013 Sep;27(9):761-72. doi: 10.1007/s40263-013-0101-y. PMID: 23949908.
- 21) Mason, B. J. (2017). **Emerging pharmacotherapies for alcohol use disorder.** *Neuropharmacology, 122*, 244–253. doi:10.1016/j.neuropharm.2017.04.
- 22) Anton RF, Latham P, Voronin K, Book S, Hoffman M, Prisciandaro J, Bristol E. **Efficacy of Gabapentin for the Treatment of Alcohol Use Disorder in Patients With Alcohol Withdrawal Symptoms: A Randomized Clinical Trial.** *JAMA Intern Med.* 2020 May 1;180(5):728-736. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0249. PMID: 32150232; PMCID: PMC7063541.
- 23) Burnette EM, Nieto SJ, Grodin EN, Meredith LR, Hurley B, Miotto K, Gillis AJ, Ray LA. **Novel Agents for the Pharmacological Treatment of Alcohol Use Disorder.** *Drugs.* 2022 Feb;82(3):251-274. doi: 10.1007/s40265-021-01670-3. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35133639; PMCID: PMC8888464.
- 24) Kranzler HR. **Evaluation and treatment of anxiety symptoms and disorders in alcoholics.** *The Journal of Clinical Psychiatry.* 1996 ;57 Suppl 7:15-21; discussion 22-4. PMID: 8690692.
- 25) Wilk AI, Jensen NM, (1997), **Meta-analysis of randomized controlled trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers,** *Journal of General Internal Medicine, 12*:274-283
- 26) Carrol KM, Ball SA. (2006), **Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study,** *Drug and Alcohol Dependence, 81,* 301-312)

- 27) Burri A, Maercker A. **Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation.** BMC Res Notes. June 2014;7:407. PMID: 24972489)
- 28) Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. **Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the Epidemiologic Catchment Area survey.** N Engl J Med. 1987;317(26):1630-1634. PMID: 3683502
- 29) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. **Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.** Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-1060. PMID: 7492257
- 30) Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, et al. **Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** J Anxiety Disord. 2011;25(3):456-465. PMID: 21168991
- 31) Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., ... Grant, B. F. (2016). **The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51(8), 1137–1148. doi:10.1007/s00127-016-1208-5)
- 32) Cacciaglia R, Nees F, Grimm O, Ridder S, Pohlack ST, Diener SJ, Liebscher C, Flor H. **Trauma exposure relates to heightened stress, altered amygdala morphology and deficient extinction learning: Implications for psychopathology.** Psychoneuroendocrinology. 2017 Feb;76:19-28. doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.11.012. Epub 2016 Nov 11. PMID: 27871027.
- 33) Admon R, Milad MR, Hendler T. **A causal model of post-traumatic stress disorder: disentangling predisposed from acquired neural abnormalities.** Trends Cogn Sci. 2013 Jul;17(7):337-47. doi: 10.1016/j.tics.2013.05.005. Epub 2013 Jun 12. PMID: 23768722.
- 34) Shorter D, Hsieh J, Kosten TR. **Pharmacologic management of comorbid post-traumatic stress disorder and addictions.** Am J Addict. 2015 Dec;24(8):705-12. doi: 10.1111/ajad.12306. Epub 2015 Nov 20. PMID: 26587796.

- 35) Kirkpatrick, H. A., & Heller, G. M. (2014). **Post-Traumatic Stress Disorder: Theory and Treatment Update.** *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337–346. doi:10.2190/pm.47.4.h
- 36) Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). **A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder.** *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.007
- 37) Hour F, Dobbelaere E, Beaurepaire C.D. Scientific Evaluation of EMDR
Psychotherapy for the Treatment of Psychological Trauma Summary: Scientific evaluation of EMDR psychotherapy. *J Neurol Neuromed* (2019) 4(2): 5-14
- 38) Casas M. (1986), **La Patología Dual como una forma de presentación de la comorbilidad entre Trastornos Psíquicos y las Toxicomanías**, I Congreso CITRAN, Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías, Sitges, Barcelona
- 39) Ouimette P, Goodwin E, Brown PJ. **Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder).** *Addict Behav.* 2006 Aug;31(8):1415-23. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.11.010. Epub 2005 Dec 27. PMID: 16380217.
- 40) Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). **The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment.** *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3), 219–224. doi:10.15288/jsa.1988.49.219 ECS NESARC
- 41) Cottler LB, Compton WM 3rd, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. **Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population.** *Am J Psychiatry.* 1992 May;149(5):664-70. doi: 10.1176/ajp.149.5.664. PMID: 1575258)
- 42) Khantzian EJ. **The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence.** *Am J Psychiatry.* 1985 Nov;142(11):1259-64
- 43) Leeies M, Pagura J, Sareen J, Bolton JM. **The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder.** *Depress Anxiety.* 2010 Aug;27(8):731-6. doi: 10.1002/da.20677. PMID: 20186981
- 44) Haller M, Chassin L. **Risk pathways among traumatic stress, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol and drug problems: a test of four hypotheses.**

- Psychol Addict Behav. 2014 Sep;28(3):841-51. doi: 10.1037/a0035878. Epub 2014 Jun 16. PMID: 24933396; PMCID: PMC4165657
- 45) Kaysen D, Atkins DC, Moore SA, et al. **Alcohol use, problems, and the course of posttraumatic stress disorder: A prospective study of female crime victims.** J Dual Diagn. 2011;7(4):262-279. PMID: 23538605
- 46) Bromet E, Sonnega A, Kessler RC. **Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey.** Am J Epidemiol. 1998 Feb 15;147(4):353-61. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009457. PMID: 9508102
- 47) Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. **Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships.** J Anxiety Disord. 1999 Nov-Dec;13(6):541-63. doi: 10.1016/s0887-6185(99)00030-4. PMID: 10688523.
- 48) Chilcoat HD, Breslau N. **Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders.** Addict Behav. 1998 Nov-Dec;23(6):827-40. doi: 10.1016/s0306-4603(98)00069-0. PMID: 9801719.
- 49) Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M, True WR. **Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs.** Drug Alcohol Depend. 2000 Dec 22;61(1):95-102. doi: 10.1016/s0376-8716(00)00127-7. PMID: 11064187
- 50) Sartor CE, McCutcheon VV, Pommer NE, Nelson EC, Grant JD, Duncan AE, Waldron M, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC. **Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women.** Psychol Med. 2011 Jul;41(7):1497-505. doi: 10.1017/S0033291710002072. Epub 2010 Nov 8. PMID: 21054919; PMCID: PMC3377473
- 51) Blanco C, Xu Y, Brady K, Pérez-Fuentes G, Okuda M, Wang S. **Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions.** Drug Alcohol Depend. 2013 Oct 1;132(3):630-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.016. Epub 2013 May 20. PMID: 23702490; PMCID: PMC3770804.

- 52) Kelly TM, Daley DC, **Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders**. *Addict Behav.* 2012 Jan;37(1):11-24. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.010. Epub 2011 Sep 14.
- 53) Gillman, P. K. (2005). **Monoamine oxidase inhibitors, opioid analgesics and serotonin toxicity**. *British Journal of Anaesthesia*, 95(4), 434–441. doi:10.1093/bja/aei210
- 54) Ahtee, L., & Carlsson, A. (1979). *Dual action of methadone on 5-HT synthesis and metabolism*. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 307(1), 51–56. doi:10.1007/bf00506551
- 55) Maremmani I, Pacini M, Lubrano S, Perugi G, Tagliamonte A, Pani PP, Gerra G, Shinderman M. **Long-term outcomes of treatment-resistant heroin addicts with and without DSM-IV axis I psychiatric comorbidity (dual diagnosis)**. *Eur Addict Res*.
- 56) Petrakis IL, Simpson TL. **Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Critical Review of Pharmacologic Treatments**. *Alcohol Clin Exp Res.* 2017 Feb;41(2):226-237. doi: 10.1111/acer.13297. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28102573; PMCID: PMC5375032.
- 57) Petrakis IL, Ralevski E, Desai N, Trevisan L, Gueorguieva R, Rounsaville B, Krystal JH. **Noradrenergic vs serotonergic antidepressant with or without naltrexone for veterans with PTSD and comorbid alcohol dependence**. *Neuropsychopharmacology.* 2012 Mar;37(4):996-1004. doi: 10.1038/npp.2011.283. Epub 2011 Nov 16. PMID: 22089316; PMCID: PMC3280636.
- 58) Shorter D, Hsieh J, Kosten TR. **Pharmacologic management of comorbid post-traumatic stress disorder and addictions**. *Am J Addict.* 2015 Dec;24(8):705-12. doi: 10.1111/ajad.12306. Epub 2015 Nov 20. PMID: 26587796.

- 59) Back SE, Gray K, Santa Ana E, Jones JL, Jarnecke AM, Joseph JE, Prisciandaro J, Killeen T, Brown DG, Taimina L, Compean E, Malcolm R, Flanagan JC, Kalivas PW. **N-acetylcysteine for the treatment of comorbid alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: Design and methodology of a randomized clinical trial.** Contemp Clin Trials. 2020 Apr;91:105961. doi: 10.1016/j.cct.2020.105961. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32087337; PMCID: PMC7333883.
- 60) Taylor M, Petrakis I, Ralevski E. **Treatment of alcohol use disorder and co-occurring PTSD.** Am J Drug Alcohol Abuse. 2017 Jul;43(4):391-401. doi: 10.1080/00952990.2016.1263641. Epub 2016 Dec 23. PMID: 28010130.
- 61) Petrakis IL, Ralevski E, Desai N, Trevisan L, Gueorguieva R, Rounsaville B, Krystal JH. **Noradrenergic vs serotonergic antidepressant with or without naltrexone for veterans with PTSD and comorbid alcohol dependence.** Neuropsychopharmacology. 2012 Mar;37(4):996-1004. doi: 10.1038/npp.2011.283. Epub 2011 Nov 16. PMID: 22089316; PMCID: PMC3280636
- 62) Monnelly EP, Ciraulo DA, Knapp C, LoCastro J, Sepulveda I. **Quetiapine for treatment of alcohol dependence.** J Clin Psychopharmacol. 2004 Oct;24(5):532-5. doi: 10.1097/01.jcp.0000138763.23482.2a. PMID: 15349010.
- 63) Robert S, Hamner MB, Kose S, Ulmer HG, Deitsch SE, Lorberbaum JP. **Quetiapine improves sleep disturbances in combat veterans with PTSD: sleep data from a prospective, open-label study.** J Clin Psychopharmacol. 2005 Aug;25(4):387-8. doi: 10.1097/01.jcp.0000169624.37819.60. PMID: 16012285.
- 64) Litten RZ, Wilford BB, Falk DE, Ryan ML, Fertig JB. **Potential medications for the treatment of alcohol use disorder: An evaluation of clinical efficacy and safety.** Subst Abus. 2016 Apr-Jun;37(2):286-98. doi: 10.1080/08897077.2015.1133472. PMID: 26928397.
- 65) Simpson TL, Malte CA, Dietel B, Tell D, Pockock I, Lyons R, Varon D, Raskind M, Saxon AJ. **A pilot trial of prazosin, an alpha-1 adrenergic antagonist, for comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder.** Alcohol Clin Exp Res. 2015 May;39(5):808-17. doi: 10.1111/acer.12703. Epub 2015 Apr 1. PMID: 25827659; PMCID: PMC4400241.
- 66) Petrakis IL, Desai N, Gueorguieva R, Arias A, O'Brien E, Jane JS, Sevarino K, Southwick S, Ralevski E. **Prazosin for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder**

- and Comorbid Alcohol Dependence: A Clinical Trial.** Alcohol Clin Exp Res. 2016 Jan;40(1):178-86. doi: 10.1111/acer.12926. Epub 2015 Dec 19. PMID: 26683790.
- 67) Sellers EM, Zilm DH, Degani NC. **Comparative efficacy of propranolol and chlordiazepoxide in alcohol withdrawal.** J Stud Alcohol. 1977 Nov;38(11):2096-108. doi: 10.15288/jsa.1977.38.2096. PMID: 592834.
- 68) Shad MU, Suris AM, North CS. **Novel combination strategy to optimize treatment for PTSD.** Hum Psychopharmacol. 2011 Jan;26(1):4-11. doi: 10.1002/hup.1171. PMID: 21308782.
- 69) Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). **Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse.** Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd001088.pub4
- 70) Zlotnick C, Najavits LM, Rohsenow DJ, Johnson DM. **A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: findings from a pilot study.** J Subst Abuse Treat. 2003 Sep;25(2):99-105. doi: 10.1016/s0740-5472(03)00106-5. PMID: 14629992.
- 71) Norman SB, Wilkins KC, Tapert SF, Lang AJ, Najavits LM. **A pilot study of seeking safety therapy with OEF/OIF veterans.** J Psychoactive Drugs. 2010 Mar;42(1):83-7. doi: 10.1080/02791072.2010.10399788. PMID: 20464809; PMCID: PMC2962932
- 72) Ruglass LM, Lopez-Castro T, Papini S, Killeen T, Back SE, Hien DA. **Concurrent Treatment with Prolonged Exposure for Co-Occurring Full or Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial.** Psychother Psychosom. 2017;86(3):150-161. doi: 10.1159/000462977. Epub 2017 May 11. PMID: 28490022; PMCID: PMC5610572.
- 73) Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, Sannibale C, Barrett EL, Merz S, Rosenfeld J, Ewer PL. **Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial.** JAMA. 2012 Aug 15;308(7):690-9. doi: 10.1001/jama.2012.9071. PMID: 22893166.
- 74) Kranzler HR, Rosenthal RN. **Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders.** Am J Addict. 2003;12(s1):s26-s40. doi: 10.1111/j.1521-0391.2003.tb00494.x. PMID: 14972778.

- 75) Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). **Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress.** *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218. doi:10.1097/00006842-197905000-00004
- 76) Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). **The Impact of Event Scale-Revised.** In J. P. Wilson and T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: The Guilford Press
- 77) Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). **The development of a clinician-administered PTSD scale.** *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. doi:10.1002/jts.2490080106
- 78) Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). **The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation.** *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. doi:10.1002/jts.22059
- 79) Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). **The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire.** In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412–428). The Guilford Press
- 80) Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, Fagan J, Marmar CR. **The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2.** *Am J Psychiatry*. 2001 Sep;158(9):1480-5. doi: 10.1176/appi.ajp.158.9.1480. PMID: 11532735.
- 81) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC: **The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10.** *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 20):22–33
- 82) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.
- 83) Lincoln AK, Liebschutz JM, Chernoff M, Nguyen D, Amaro H: **Brief screening for cooccurring disorders among women entering substance abuse treatment.** *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2006;1:26
- 84) Pierucci-Lagha A, Gelernter J, Feinn R, Cubells JF, Pearson D, Pollastri A, Farrer L, Kranzler HR. Diagnostic reliability of the Semi-structured Assessment for Drug

- Dependence and Alcoholism (SSADDA). *Drug Alcohol Depend.* 2005 Dec 12;80(3):303-12. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.04.005. PMID: 15896927.
- 85) Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseoane K, Waxman R: **Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV.** *Am J Psychiatry* 2006; 163: 689–696
- 86) Samet, S., Nunes, E. V., & Hasin, D. (2004). *Diagnosing comorbidity: concepts, criteria, and methods.* *Acta Neuropsychiatrica*, 16(01), 9–18. doi:10.1111/j.1601-5215.2004.0062.x
- 87) Mestre-Pintó, J. I., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., & Torrens, M. (2013). **Dual Diagnosis Screening Interview to Identify Psychiatric Comorbidity in Substance Users: Development and Validation of a Brief Instrument.** *European Addiction Research*, 20(1), 41–48. doi:10.1159/000351519
- 88) Pandey S, Bolstad I, Lien L, Bramness JG. **Antisocial Personality Disorder Among Patients in Treatment for Alcohol Use Disorder (AUD): Characteristics and Predictors of Early Relapse or Drop-Out.** *Subst Abuse Rehabil.* 2021 Apr 19;12:11-22. doi: 10.2147/SAR.S296526. PMID: 33907489; PMCID: PMC8064678
- 89) Helle AC, Watts AL, Trull TJ, Sher KJ. **Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders.** *Alcohol Res.* 2019 Dec 30;40(1):arcr.v40.1.05. doi: 10.35946/arcr.v40.1.05. PMID: 31886107; PMCID: PMC6927749.
- 90) Herringa RJ. **Trauma, PTSD, and the Developing Brain.** *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Aug 19;19(10):69. doi: 10.1007/s11920-017-0825-3. PMID: 28823091; PMCID: PMC5604756.
- 91) Diehle J, Opmeer BC, Boer F, Mannarino AP, Lindauer RJ. **Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial.** *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Feb;24(2):227-36. doi: 10.1007/s00787-014-0572-5. Epub 2014 Jun 26. PMID: 24965797.
- 92) Horn SR, Feder A. **Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD.** *Harv Rev Psychiatry.* 2018 May/Jun;26(3):158-174. doi: 10.1097/HRP.000000000000194. PMID: 29734229.

- 93) Binder EB, Bradley RG, Liu W, Epstein MP, Deveau TC, Mercer KB, Tang Y, Gillespie CF, Heim CM, Nemeroff CB, Schwartz AC, Cubells JF, Ressler KJ. **Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults.** JAMA. 2008 Mar 19;299(11):1291-305. doi: 10.1001/jama.299.11.1291. PMID: 18349090; PMCID: PMC2441757.
- 94) Afifi TO, Macmillan HL. **Resilience following child maltreatment: a review of protective factors.** Can J Psychiatry. 2011 May;56(5):266-72. doi: 10.1177/070674371105600505. PMID: 21586192.
- 95) Southwick SM, Charney DS. **The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression.** Science. 2012 Oct 5;338(6103):79-82. doi: 10.1126/science.1222942. PMID: 23042887.

Annexes

Annexe A : Questionnaire version traduite de la F-DDSI

F-DDSI

SECTION A - ANXIETE

Dans cette première section nous allons poser des questions sur les états d'anxiété. La première question porte sur les crises brèves (pas plus de 20 minutes) et très intenses.

1/ Avez-vous déjà eu au cours de votre vie une attaque de panique ou une crise d'anxiété qui vous a fait vous sentir très effrayé(e), anxieux(se), ou inquiet(e) sans savoir pourquoi?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Ne souhaite pas répondre

Lire les questions lentement, en cas de doute, relire la question entière. Rappelez-vous que ces crises sont courtes, et en cas de doute sur les réponses, insister sur la durée et l'intensité.

2/ Maintenant, pensez à la pire attaque de panique ou crise dont vous vous souvenez.

Aviez-vous l'impression d'étouffer, de vous sentir étourdi(e), de trembler (PAUSE), d'avoir des nausées ou de vous sentir oppressé(e) (PAUSE) au point de penser que vous pourriez perdre le contrôle, mourir ou devenir fou / folle ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait que (PAUSE) signifie qu'il doit attendre la réponse de l'interviewé(e) avant de poursuivre sur le reste de la question

Coder OUI si la personne a répondu par l'affirmative à n'importe lequel de ces symptômes.

3/ Certaines personnes ayant vécu ce genre d'attaque s'inquiètent pendant un certain temps presque tous les jours d'avoir à nouveau une attaque. Vous est-il déjà arrivé d'avoir très peur qu'une attaque comme celle-ci se reproduise quasiment tous les jours pendant au moins un mois?

1. Oui
2. Non

3. Ne sait pas
4. Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait que la peur doit être continue et quasiment quotidienne pendant un mois pour que la réponse soit affirmative.

3b/ Quand avez-vous vécu cette peur permanente pendant un mois entier pour la dernière fois ?

1. Le mois dernier
2. L'année dernière
3. |__|__| Âge
4. Ne sait pas
5. Ne souhaite pas répondre

Si la personne ne se rappelle pas quand a eu lieu la dernière fois, noter quand la symptomatologie la plus intense a eu lieu.

Maintenant, nous allons poser des questions sur les périodes où vous avez été très inquiet(e) quasiment tous les jours.

4/ Vous est-il arrivé dans votre vie, de vous sentir beaucoup plus inquiet(e) que d'autres personnes ayant des problèmes similaires aux vôtres ?

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne sait pas
- D. Ne souhaite pas répondre

EN CAS DE DOUTE, L'INTERVIEWEUR PRÉCISE : « Nous aimerions savoir si vous vous inquiétez de manière excessive en comparaison à d'autres personnes de votre entourage ayant des problèmes similaires aux vôtres. »

5/ Avez-vous déjà vécu une période où vous étiez très anxieux(se) ou inquiet(e) la majeure partie de la journée, presque tous les jours pendant au moins six mois ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas
- 4) Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait suivant : la partie clef pour la réponse est soulignée. Lire les questions lentement, et en cas de doute, répéter la question entière.

Les questions suivantes concernent des choses qui font peur à certaines personnes malgré le fait qu'elles soient conscientes que ces choses ne constituent pas un réel danger.

7/ PHOBIE DE TYPE ANIMAL

Avez-vous déjà eu très peur d'un insecte ou d'un animal (*serpents, chiens, cafards, ...*) ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas
- 4) Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait suivant : la partie clef pour la réponse est soulignée. Lire les questions lentement, et en cas de doute, répéter la question entière.

8/ PHOBIE DE TYPE ENVIRONNEMENTAL

Avez-vous déjà eu très peur d'être en eau calme, comme celle d'une piscine ou d'un lac (PAUSE), ou très peur de phénomènes météorologiques tels que les tempêtes, le tonnerre ou l'éclair ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas
- 4) Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait que (PAUSE) signifie qu'il doit attendre la réponse de l'interviewé(e) avant de poursuivre sur le reste de la question

Coder OUI si la personne a répondu par l'affirmative à n'importe lequel de ces symptômes.

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Les questions suivantes traitent de choses qui font peur à certaines personnes bien qu'elles sachent qu'il n'y ait pas de réel danger. »

9/ PHOBIE DE TYPE SANG / INJECTION / BLESSURE

Avez-vous déjà eu très peur d'aller chez le dentiste ou le médecin (PAUSE), de subir une injection, de voir du sang ou des blessures (PAUSE), ou de vous rendre dans un hôpital ou un cabinet médical ?

- A) Oui
- B) Non
- C) Ne sait pas
- D) Ne souhaite pas répondre

Coder OUI si la personne a répondu par l'affirmative à n'importe lequel de ces symptômes.

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Les questions suivantes traitent de choses qui font peur à certaines personnes bien qu'elles sachent qu'il n'y ait pas de réel danger. »

10/ PHOBIE DE TYPE SITUATIONNEL (*espaces clos*)

Avez-vous déjà eu peur de vous retrouver dans des espaces clos tels que des grottes, des tunnels ou des ascenseurs ?

- B) Oui
- C) Non
- D) Ne sait pas
- E) Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Les questions suivantes traitent de choses qui font peur à certaines personnes bien qu'elles sachent qu'il n'y ait pas de réel danger. »

11/ PHOBIE DE TYPE SITUATIONNEL (*hauteur*)

Avez-vous déjà eu très peur d'être en hauteur (être sur un balcon ou une terrasse, un pont, un escalier en hauteur...)?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas
- 4) Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Les questions suivantes traitent de choses qui font peur à certaines personnes bien qu'elles sachent qu'il n'y ait pas de réel danger. »

12/ PHOBIE DE TYPE SITUATIONNEL (*voler*)

Avez-vous déjà eu très peur de prendre l'avion ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas
- 4) Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Les questions suivantes traitent de choses qui font peur à certaines personnes bien qu'elles sachent qu'il n'y ait pas de réel danger. »

Avec les questions suivantes, nous aimerions savoir comment vous vous sentez dans certaines situations avec les autres personnes.

15/ Avez-vous déjà eu très peur de parler en public (PAUSE), de rencontrer de nouvelles personnes (PAUSE), d'aller dans des fêtes (PAUSE), peur de prendre un rendez-vous (PAUSE), ou peur d'utiliser des toilettes publiques?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas
- 4) Ne souhaite pas répondre

Coder OUI si la personne a répondu par l'affirmative à n'importe lequel de ces symptômes.

16/ Avez-vous déjà renoncé à faire des choses qui étaient importantes pour vous à cause de ces peurs? (PAUSE)

Ne lire la suite qu'en cas de réponse négative.

Avez-vous déjà eu des problèmes en raison de ces peurs (perte de relations personnelles ou d'emploi, rester seul(e) à la maison, ne pas aller aux rendez-vous...)?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas
- 4) Ne souhaite pas répondre

Pour répondre par l'affirmative, il doit y avoir une interférence significative de ces peurs avec les habitudes quotidiennes de l'interviewé(e).

16b/ Quand avez-vous rencontré ce genre de problème pour la dernière fois ?

- 1) Le mois dernier
- 2) L'année dernière
- 3) |__|__| Âge
- 4) Je ne sais pas
- 5) Ne souhaite pas répondre

Si la personne ne se rappelle pas quand a eu lieu la dernière fois, noter quand la symptomatologie la plus intense a eu lieu.

17/ Avez-vous déjà eu très peur d'être dans une foule (dans des manifestations, des grands magasins, dans le métro, le bus, à l'occasion d'un concert,...) (PAUSE), ou d'être seul(e) loin de la maison?

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne sait pas
- D. Ne souhaite pas répondre

Coder OUI si la personne a répondu par l'affirmative à n'importe lequel de ces symptômes.

SECTION B - HUMEUR

La prochaine série de questions est dédiée à l'humeur.

19/ Avez-vous déjà vécu une période d'au moins 2 semaines où vous étiez triste, vide ou déprimé(e) la plupart de la journée, presque tous les jours?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait suivant : la partie clef pour la réponse est soulignée.

20/ Cet état dépressif dans lequel vous vous sentiez triste, vide ou déprimé(e) a-t-il duré sur une période d'au moins 2 ans ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

21/ Vous êtes-vous déjà senti(e) très découragé(e) par la façon dont les choses se passaient dans votre vie, la majeure partie de la journée, presque tous les jours, pendant au moins 2 semaines ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait suivant : la partie clef pour la réponse est soulignée.

22/ Est-ce-que cette période de découragement quotidien face à ce qui se passait dans votre vie a duré au moins 2 ans?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

23/ Avez-vous déjà vécu une période d'au moins 2 semaines pendant laquelle vous aviez, presque quotidiennement, perdu l'intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez habituellement comme votre travail, vos loisirs, vos relations personnelles et familiales ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Vous m'avez dit qu'au cours de votre vie, vous aviez vécu une période où vous vous sentiez déprimé(e), découragé(e) et/ou sans intérêt pour les choses que vous aimiez normalement. Je souhaite que vous vous concentriez sur la période la plus difficile dont vous vous souvenez, quand vous vous sentiez le/la plus déprimé(e), découragé(e) et/ou en manque d'intérêt.

24/ Au cours de cette période difficile, vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ou sans énergie quasiment tous les jours indépendamment de votre charge de travail ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Je souhaite que vous vous concentriez sur ce que vous ressentiez quasiment tous les jours pendant la période de dépression la plus difficile que vous avez eu au cours de votre vie. »

25/ Au cours de la période la plus difficile, aviez-vous, quasiment tous les jours, beaucoup plus de difficulté que d'habitude à vous concentrer ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Je souhaite que vous vous concentriez sur ce que vous ressentiez quasiment tous les jours pendant la période de dépression la plus difficile que vous avez eu au cours de votre vie. »

26/ Au cours de cette période, avez-vous senti quasiment tous les jours, que vous aviez perdu confiance en vous, que vous vous sentiez totalement inutile ou excessivement coupable?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Je souhaite que vous vous concentriez sur ce que vous ressentiez quasiment tous les jours pendant la période de dépression la plus difficile que vous avez eu au cours de votre vie. »

27/ Au cours de cette période, avez-vous pensé à la mort quasiment tous les jours (à votre propre mort, à la mort d'autrui ou la mort en général...)?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Je souhaite que vous vous concentriez sur ce que vous ressentiez quasiment tous les jours pendant la période de dépression la plus difficile que vous avez eu au cours de votre vie. »

Les questions suivantes se concentrent sur une humeur opposée à la précédente. Elle se caractérise par le fait d'être plus actif, avec plus d'énergie, avec beaucoup plus de confiance en soi que d'habitude et qui nécessite moins de sommeil.

28/ Avez-vous déjà eu une période de plusieurs jours où vous étiez si euphorique que avez rencontré de nombreux problèmes ou qu'un médecin vous a dit que vous étiez maniaque ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait suivant : la partie clef pour la réponse est soulignée.

30/ Avez-vous déjà eu une période de plusieurs jours pendant laquelle vous étiez très irritable, grincheux(se) ou de mauvaise humeur la plus grande partie du temps ?

- Oui
- Non

- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

L'intervieweur doit tenir compte du fait suivant : la partie clef pour la réponse est soulignée.

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Il ne s'agit pas d'avoir mauvais caractère, mais par exemple d'avoir une période de temps où vous étiez plus irritable ou plus facilement énervé que d'habitude si vous étiez contrarié(e). »

31/ Etiez-vous si irritable que vous vous disputiez constamment (PAUSE), que vous hurliez beaucoup (PAUSE), ou même que vous auriez frappé quelqu'un ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Il ne s'agit pas d'être en colère, mais par exemple, d'être très agressif(ve) pour n'importe quelle remarque que l'on vous aurait fait. »

32/ Cette période d'irritabilité a-t-elle duré au moins une semaine ? A-t-elle nécessité un traitement médical ou une hospitalisation ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Assurez-vous que l'interviewé(e) a eu besoin d'une hospitalisation ou d'un traitement pendant cette période d'irritabilité.

L'intervieweur doit tenir compte du fait suivant : la partie clef pour la réponse est soulignée.

32b/ Quand avez-vous vécu ce genre de problèmes pour la dernière fois?

- Le mois dernier
- L'année dernière
- |_|_| Âge
- Je ne sais pas
- Ne souhaite pas répondre

Si la personne ne se rappelle pas quand a eu lieu la dernière fois, noter quand la symptomatologie la plus intense a eu lieu.

SECTION C - PSYCHOSE

Les questions suivantes concernent six expériences peu communes. Nous vous prions de prendre le temps nécessaire et de bien réfléchir avant de répondre. Exclure les fois où ces expériences sont arrivées dans vos rêves ou alors que vous étiez à moitié endormi(e).

33/ La première expérience consiste à avoir une vision, c'est-à-dire, de voir quelque chose qui n'est pas vraiment présent et que les autres ne voient pas. Avez-vous déjà eu une vision que les autres ne pouvaient pas voir ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

34/ Quand vous avez eu des visions, étiez-vous sous l'influence de l'alcool ou de drogues?

- Oui, à chaque fois
- Oui, parfois
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ne pas inclure les moments où cela est arrivé quand vous rêviez ou que vous étiez endormi(e). Prenez le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

35/ À la disparition des effets de l'alcool ou de la drogue, vos visions persistaient-elles ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Si la réponse à la question 34 est « NON », coter « OUI » à celle-ci automatiquement.

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ne pas inclure les moments où cela est arrivé quand vous rêviez ou que vous étiez endormi(e). Prenez le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

36/ La 2^{ième} expérience consiste à entendre des voix que d'autres personnes n'entendent pas. Il ne s'agit pas d'avoir une bonne oreille, mais d'entendre des choses que les autres personnes disent ne pas exister comme des voix étranges dans votre tête qui parlent ou vous disent des choses ou des voix qui viennent de l'extérieur sans qu'il n'y ait personne autour de vous. Avez-vous entendu des voix de ce type ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Si l'interviewé(e) dit entendre des sons, des bruits de pas, des rires qui n'existent pas, répondre positivement à la question.

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ne pas inclure les moments où cela est arrivé quand vous rêviez ou que vous étiez endormi(e). Prenez le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

39/ La troisième expérience est celle du contrôle de votre esprit. Par exemple, croire qu'une force mystérieuse, que quelque chose ou quelqu'un vous a introduit dans la tête des pensées étranges qui ne sont clairement pas les vôtres ou que vos propres pensées vous sont volées. Avez-vous déjà eu ce genre d'expérience ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ces questions portent sur des expériences peu habituelles. S'il vous plaît, prenez-le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. Vous ne devez pas inclure les moments où vous rêviez, où vous étiez à moitié endormi(e). »

40/ Quand vous sentiez que l'on contrôlait votre esprit, étiez-vous sous l'influence de l'alcool ou de drogues?

- Oui, à chaque fois
- Oui, parfois
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ne pas inclure les moments où cela est arrivé quand vous rêviez ou que vous étiez endormi(e). Prenez le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

41/ À la disparition des effets de l'alcool ou de la drogue, avez-vous continué à avoir la sensation que votre esprit était contrôlé ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ne pas inclure les moments où cela est arrivé quand vous rêviez ou que vous étiez endormi(e). Prenez le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

42/ La quatrième expérience est de sentir son esprit possédé par des forces étranges, par quelque chose ou quelqu'un qui vous oblige à faire des choses que vous ne voulez pas. Avez-vous déjà senti que votre esprit était dominé par des forces étranges ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ces questions portent sur des expériences peu habituelles. S'il vous plaît, prenez-le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. Vous ne devez pas inclure les moments où vous rêviez, où vous étiez à moitié endormi(e). »

43/ Quand vous sentiez votre esprit possédé, étiez-vous sous l'influence de l'alcool ou de drogues?

- Oui, à chaque fois
- Oui, parfois
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ne pas inclure les moments où cela est arrivé quand vous rêviez ou que vous étiez endormi(e). Prenez le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

44/ À la disparition des effets de l'alcool ou de la drogue, avez-vous continué à avoir la sensation que votre esprit était possédé par des forces étranges ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ne pas inclure les moments où cela est arrivé quand vous rêviez ou que vous étiez endormi(e). Prenez le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

45/ La cinquième expérience est de penser qu'une force étrange, quelque chose ou quelqu'un, essaie de communiquer directement avec vous en vous envoyant des signes ou des signaux spéciaux que vous seul pouvez comprendre. Parfois, ces signaux viennent de la radio ou la télévision.

Avez-vous déjà perçu une force étrange, quelque chose ou quelqu'un, qui a essayé de communiquer avec vous de cette façon ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ces questions portent sur des expériences peu habituelles. S'il vous plaît, prenez-le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. Vous ne devez pas inclure les moments où vous rêviez, où vous étiez à moitié endormi(e). »

48/ Sixièmement, avez-vous déjà pensé qu'il y avait un complot pour vous faire du mal ou vous persécuter, et que votre famille et vos amis n'y croyaient pas ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

LIRE SI NÉCESSAIRE : « Ces questions portent sur des expériences peu habituelles. S'il vous plaît, prenez-le temps dont vous avez besoin et réfléchissez attentivement avant de répondre. »

52/ Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu cette (ces) expérience(s) ?

- |__|__| Âge
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Si cela s'avère nécessaire, vous pouvez les lire à haute voix les réponses affirmatives aux questions antérieures à la personne interviewée.

53/ Quand avez-vous eu ce genre de problèmes pour la dernière fois?

- Le mois dernier
- L'année dernière
- |__|__| Âge
- Je ne sais pas
- Ne souhaite pas répondre

Ne pas poser cette question si l'item 52 n'est pas complété.

Si la personne ne se rappelle pas quand a eu lieu la dernière fois, noter quand la symptomatologie la plus intense a eu lieu.

54/ Avez-vous déjà sollicité l'aide d'un médecin ou d'un professionnel de la santé mentale au sujet de ces expériences ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Ne pas poser cette question si l'item 52 n'est pas complété.

55/ Le médecin vous a-t-il dit que la cause de cette(ces) expérience(s) était dû à... ?

- Schizophrénie / Trouble psychotique
- Trouble bipolaire / Phase maniaque
- Problème émotionnel / Dépression / Nervosité / Santé mentale
- Maladie physique / Blessure physique / Lésion
- Médicaments / Drogues / Alcool
- Autres

Ne pas poser cette question si l'item 52 n'est pas complété.

Cochez les cases correspondantes. Vous devez en sélectionner au moins une.

55b/ Veuillez préciser "Autre"

.....
.....
.....
.....

56/ Avez-vous déjà été hospitalisé(e) à cause de cette (ces) expérience(s)?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Ne pas poser cette question si l'item 52 n'est pas complété.

Si cela s'avère nécessaire, vous pouvez les lire à haute voix les réponses affirmatives aux questions antérieures à la personne interviewée.

57/ Avez-vous déjà pris des médicaments pour traiter cette (ces) expérience(s)?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Ne pas poser cette question si l'item 52 n'est pas complété.

Si cela s'avère nécessaire, vous pouvez les lire à haute voix les réponses affirmatives aux questions antérieures à la personne interviewée.

SECTION D - TDAH

Les phrases suivantes définissent des comportements que de nombreuses personnes ont pu avoir au cours de leurs vies. Ce qui nous intéresse c'est de savoir si vous avez ces comportements depuis votre petite enfance ou si elles sont plus fréquentes chez vous que chez d'autres personnes, et si elles sont indépendantes ou liées à la consommation de drogues ou d'alcool.

58/ J'ai du mal à finir les choses que je commence.

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

59/ J'ai beaucoup de mal à m'organiser quand j'ai quelque chose à préparer.

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

SI NÉCESSAIRE, RAPPELER À L'INTERVIEWÉ(E): « Cela vous arrive depuis votre enfance, indépendamment de vos consommations, et plus souvent qu'aux autres personnes. »

60/ J'oublie facilement mes obligations et mes engagements.

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

SI NÉCESSAIRE, RAPPELER À L'INTERVIEWÉ(E): « Cela vous arrive depuis votre enfance, indépendamment de vos consommations, et plus souvent qu'aux autres personnes. »

61/ J'essaie d'éviter de faire des choses qui me demandent de la concentration.

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

SI NÉCESSAIRE, RAPPELER À L'INTERVIEWÉ(E): « Cela vous arrive depuis votre enfance, indépendamment de vos consommations, et plus souvent qu'aux autres personnes. »

62/ Je ne peux pas rester assis(e) sans bouger mes pieds et/ou mes mains.

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

SI NÉCESSAIRE, RAPPELER À L'INTERVIEWÉ(E): « Cela vous arrive depuis votre enfance, indépendamment de vos consommations, et plus souvent qu'aux autres personnes. »

63/ J'ai la sensation d'avoir un moteur à l'intérieur et que je ne peux pas me tenir tranquille.

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

SECTION E – Post-traumatique

64) Avez-vous déjà vécu ou été témoin d'un accident grave (PAUSE), d'un vol (PAUSE), d'un viol (ou de relations sexuelles non consenties) (PAUSE), d'une attaque terroriste (PAUSE), d'un enlèvement (PAUSE), d'un incendie (PAUSE), de la découverte d'un cadavre (PAUSE), de la mort subite d'un être cher (PAUSE), d'une guerre ou d'une catastrophe ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

64a) Veuillez spécifier

Pompier bénévole, a vu des incendies et autres traumatismes.

65) Avez-vous revécu l'expérience d'une façon très angoissante (Par exemple, avez-vous rêvé, imaginé des images vives, réagi physiquement ou eu des souvenirs intenses de cette expérience)?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

65b/ Quand avez-vous ressenti pour la dernière fois, de l'angoisse en vous souvenant de cette expérience ?

- Le mois dernier
- L'année dernière
- |__|__| Âge
- Je ne sais pas
- Ne souhaite pas répondre

66/ L'interviewé(e) paraissait-il/elle sédaté(e) ou sous l'influence d'alcool, de drogue ou d'un médicament lors de l'entrevue ?

- Oui
- Non

67/ L'interviewé(e) paraissait-il/elle désorienté(e) ou confus(e) à un moment donné de l'entretien ?

- Oui
- Non

68) L'interviewé(e) s'est-il/elle montré(e) collaboratif(ve) ?

- Oui
- Non

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Singer Romain

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Singer Romain

Signature

Syndrome de Stress Post-Traumatique et Trouble de l'Usage de Substances : intérêt de l'échelle DDSI dans leur dépistage

Résumé :

CONTEXTE Les pathologies duelles constituent un problème important de santé publique, les symptômes de stress post-traumatiques rendent particulièrement vulnérables à une consommation de substance à visée d'automédication, masquant ainsi les symptômes.

OBJECTIF Il n'existe pas de traitement de référence, même s'il est conseillé d'en traiter les deux aspects et d'associer thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses. Malgré une prévalence importante une proportion très faible des patients est prise en charge, soulevant la nécessité d'une échelle de dépistage rapide et simple adaptée pour la recherche des comorbidités psychiatriques chez les patients présentant un trouble d'usage de substance.

METHODE Nous présenterons l'étude de validation de la traduction française d'une échelle de dépistage, la Dual Diagnosis Screening Interview, en la comparant à la MINI, analyserons les résultats de l'étude avant de se concentrer sur la population de l'échantillon présentant une comorbidité PTSD/TUS.

RESULTATS La conclusion est limitée par des données incomplètes mais la DDSI semble inférieure à la MINI en termes de sensibilité, possiblement trop restrictive dans ses questions. On retrouvait de nombreuses comorbidités mais seule l'association avec la dépression et le TU des Opiacés étaient significatifs.

CONCLUSION La DDSI est une échelle simple et rapide d'utilisation mais il est nécessaire de poursuivre les recherches dans le dépistage et le traitement des pathologies duelles.

Mots-clés :

- SSPT, ESPT, TPST, PTSD.
- addiction, Trouble de l'usage de substance
- pathologie duelle, comorbidité
- DDSI (Dual Diagnosis Screening Interview)