

Addiction et trouble bipolaire: des centres experts pour la dualité?

Romain ICLICK, Psychiatre - Addictologue

CSAPA « Espace Murger » - Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique

Groupe Hospitalier Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal, APHP.

Groupe « BIPolaire – ADDictions » de la Fondation Fondamental

INSERM UMR S1144 - Variabilité de réponse aux psychotropes

CNRS UMR 3571 - Neurobiologie Intégrative des Systèmes Cholinergiques



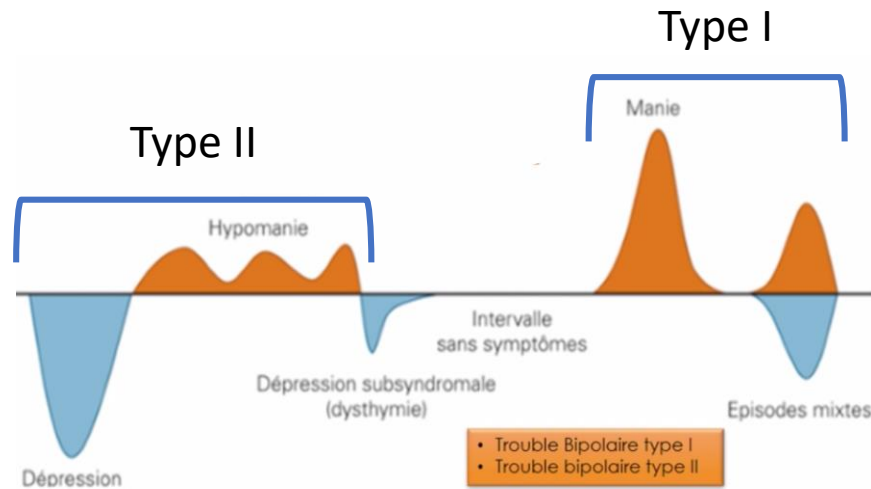
Plan de la présentation

- Le poids des comorbidités addictives (ADD) dans le trouble bipolaire (TB)
- Enjeux diagnostiques et thérapeutiques de la comorbidité
- Place d'éventuels centres experts pour la dualité

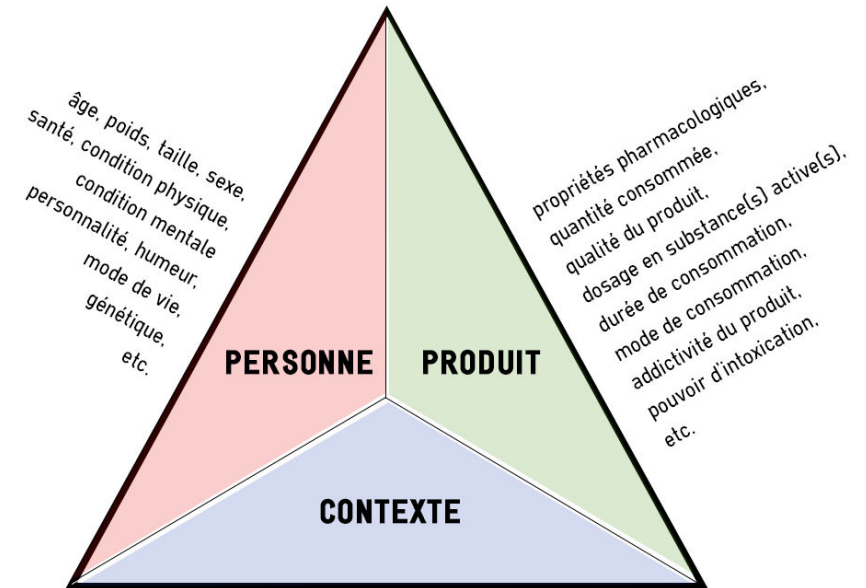
Comorbidités addictives dans le TB

Généralités

Rappels sur le TB et les addictions



2% prévalence sur la vie
18% décès par suicide
(Grande et al., 2015)



A/ contexte social :

milieu de vie, conditions de vie, situation sociale, équilibre relationnel, schéma familial, culture, religion, lois/règlements, publicité, etc.

B/ contexte de la consommation :

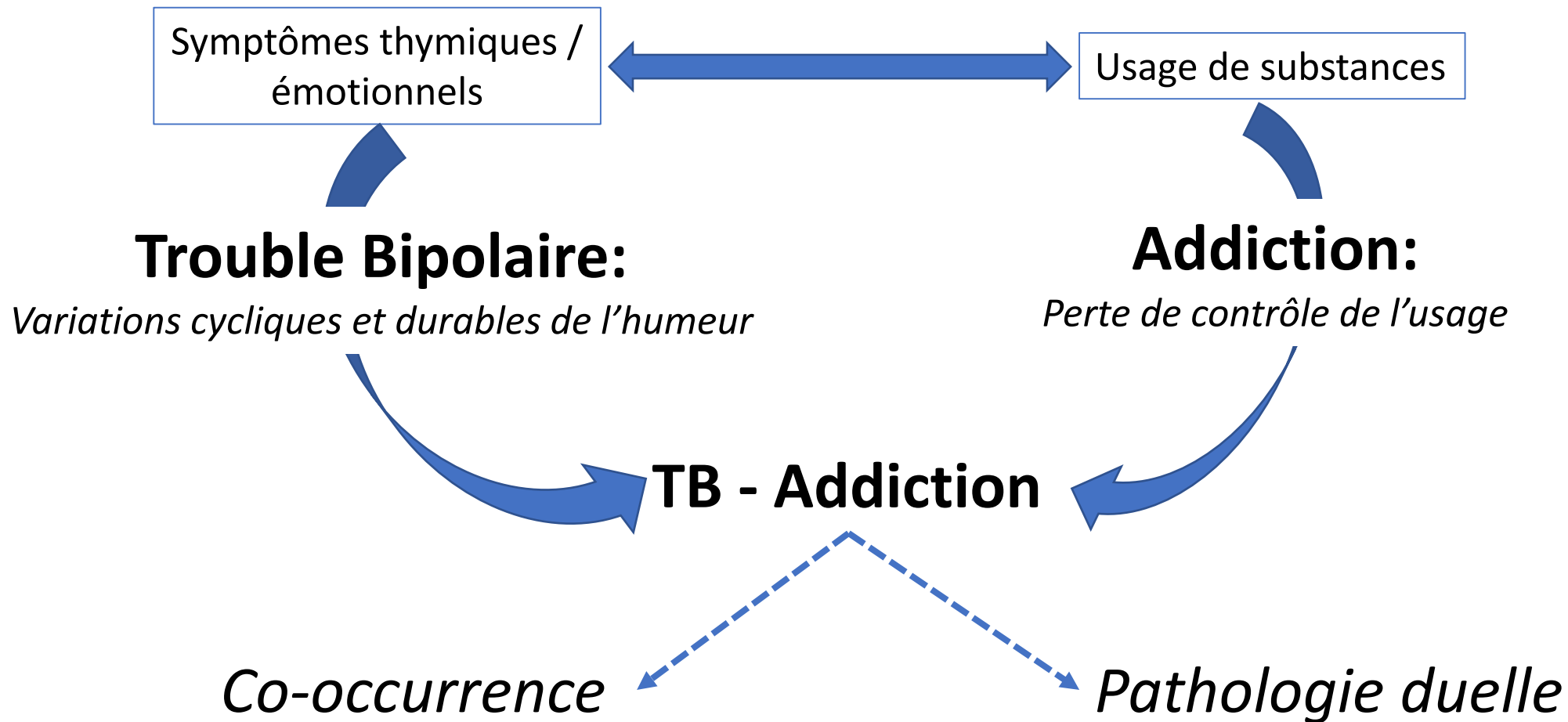
environnement physique lors de la prise, accessibilité au produit, influence de groupe, etc.

Triangle multifactoriel de Claude Olievenstein

INFOR
DROGUES
UNE AUTRE ÉCOUTE

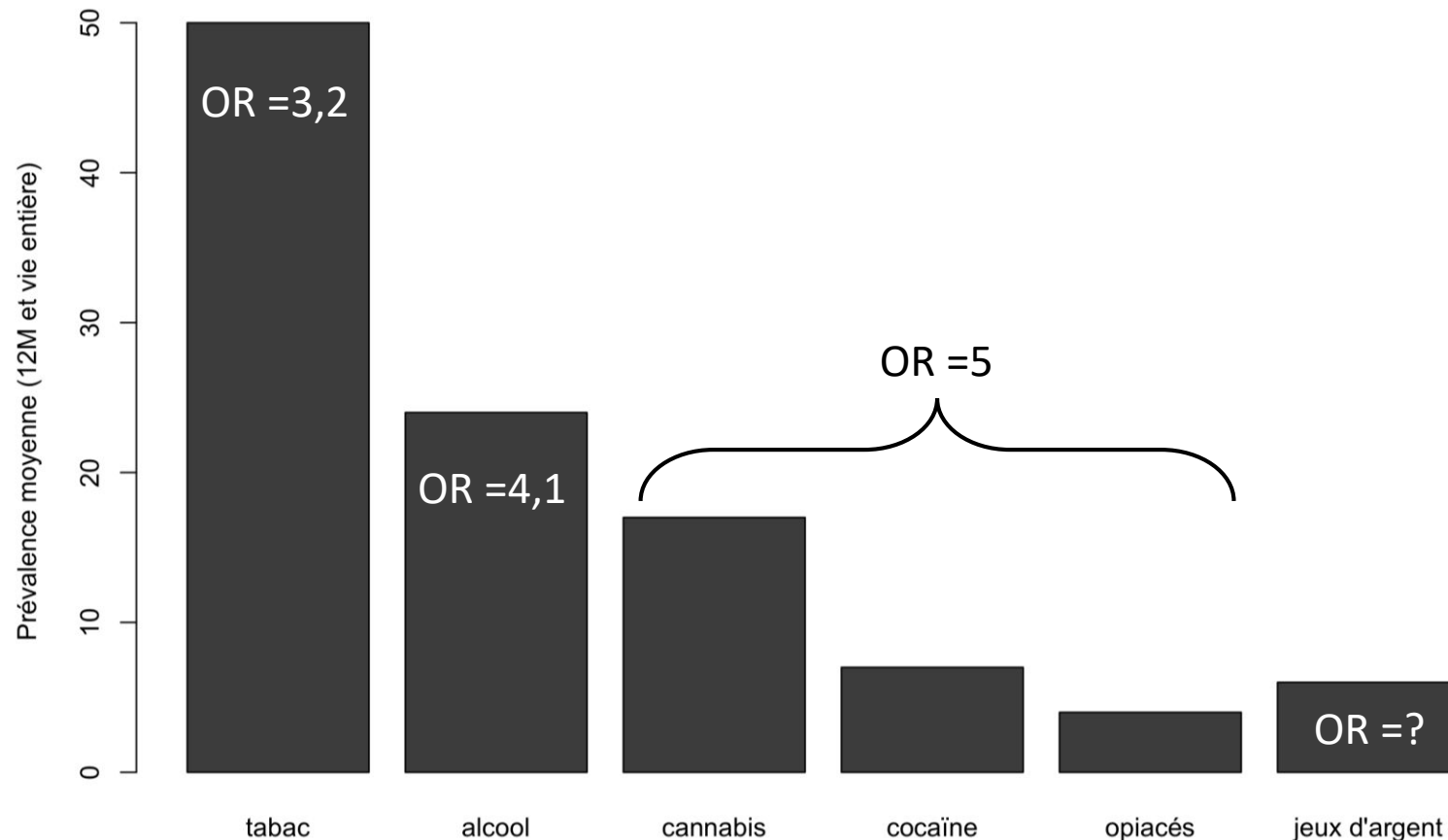
0,5-30% prévalence sur la vie
1/8 des décès annuels dans le monde
(données OMS)

Comorbidité = pathologie duelle ?



Les addictions sont la règle dans le TB

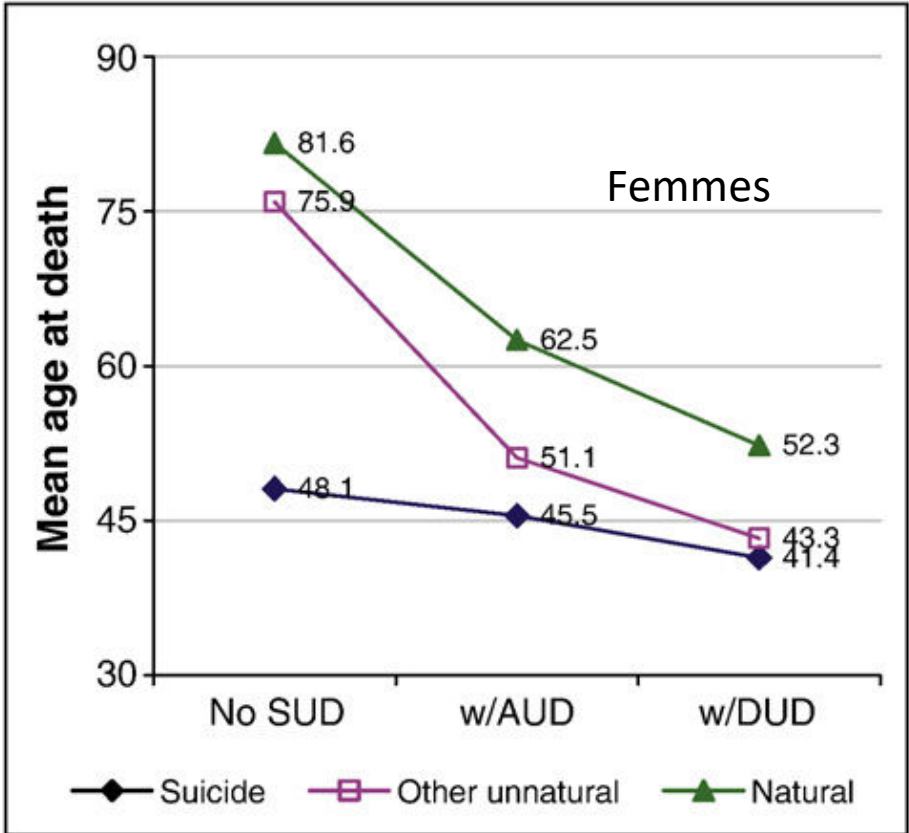
Prévalence des addictions dans le TB en population générale



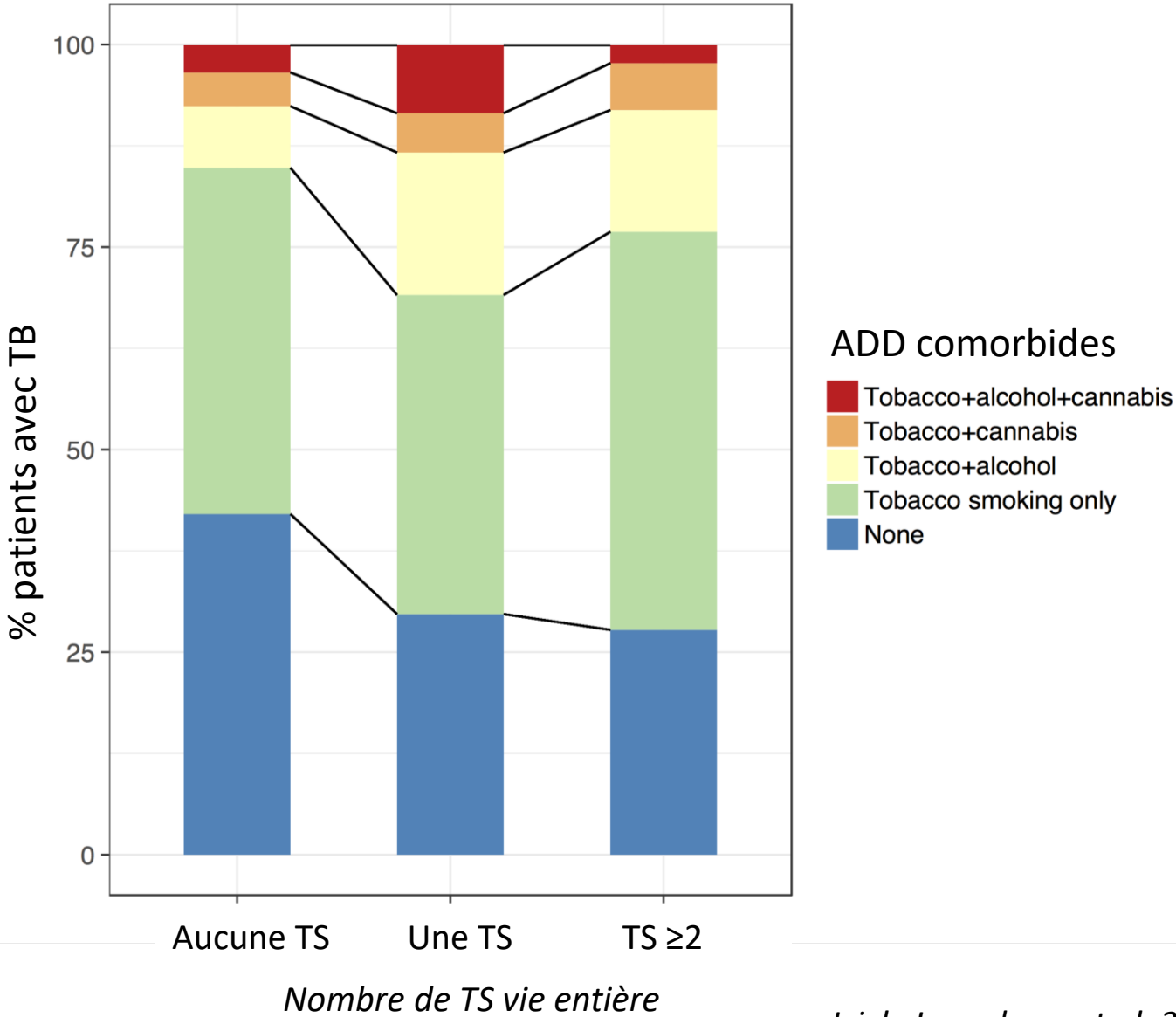
Facteurs de risque TB + ADD vs. TB

- TB I > TB II
 - Pas de diff OH
 - TB II > TB I pour le jeu
- Dépendance > abus
- Homme > Femme
- Jeune âge
- Traumas dans l'enfance
- Impulsivité-trait

Morbi-mortalité accrue: majoration du risque suicidaire en cas de comorbidité ADD



SUD, TLUS; w/AUD, TB+TLU alcool, w/DUD, TB + TLU autres substances sauf tabac



Influences réciproques TB & ADD en pratique clinique

Qui complique qui?

1) *Au plan diagnostique*

- Les ADD compliquent beaucoup le diagnostic du TB

(Nallet *et al.* 2013, van Zaane *et al.* 2012)

- Le TB complique modérément le diagnostic des ADD

2) *Au plan thérapeutique*

- Les ADD compliquent les soins dans le TB
 - Directement ? Caractéristiques associées? Exemple de l'impulsivité (Belzeaux *et al.*, 2015)
- Le TB ne complique pas ou peu le traitement des ADD
 - Exemple de la rétention en traitement par méthadone en cas de TB comorbide (Maremmanni *et al.*)

Des centres dédiés aux besoins non satisfaits dans la comorbidité TB-ADD

1) Pour faire aussi bien que dans chaque trouble pris isolément

- Précision diagnostique: TB +++
- Maîtrise de l'arsenal thérapeutique pour utiliser les standards dans chaque trouble
 - Suivi lithium, suivi méthadone, prise en charge comportementale addiction cocaïne
 - Traitement de l'addiction au tabac +++

2) Mais aussi pour aller plus loin

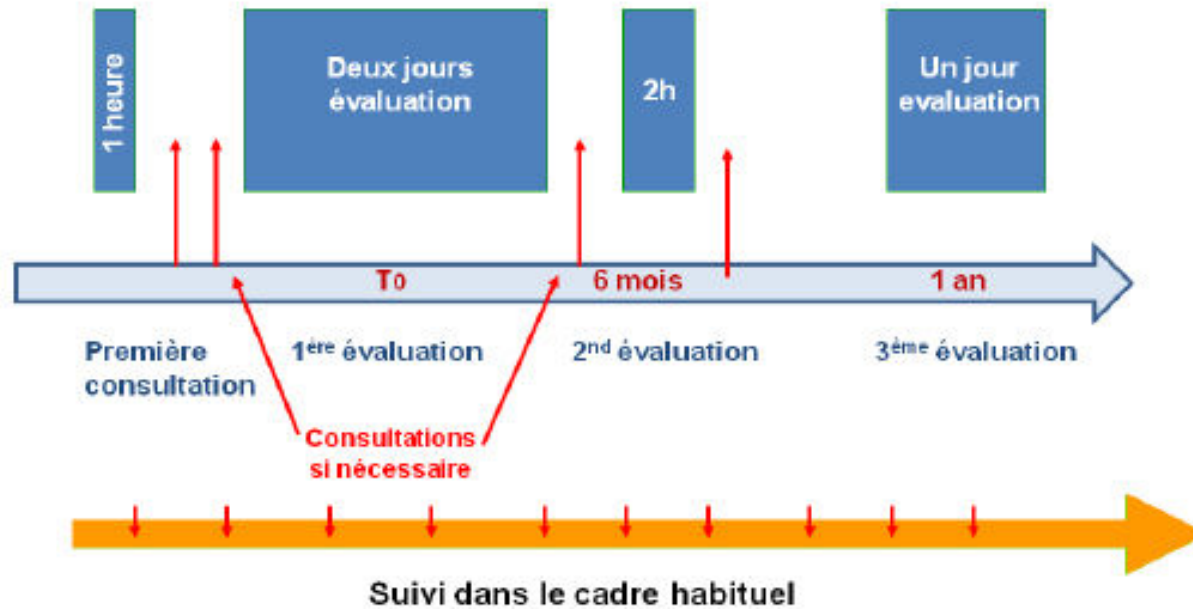
- Soins intégrés spécifiques TB-ADD (Weiss *et al.* 2007, Biseul, Ickick *et al.* 2017)
 - Profil addictologique fréquemment de « type CSAPA »
 - Amélioration d'un trouble n'améliore pas l'autre
- Gestion des triples diagnostics: TDAH, troubles anxieux, troubles non-psychiatriques

Alors, les centres experts
« BipAdd »?

Un centre expert, c'est quoi?

Exemple des centres Fondamental

Organisation des évaluations



Résumé du bilan proposé au sein des centres experts bipolaires

Jour 1	Jour 2
Entretien infirmier Bilan sanguin, dosage des thymorégulateurs Évaluation systématique des facteurs de risque cardiovasculaire : consommation de tabac, IMC, TA, périmètre abdominal Électrocardiogramme Recherche d'un syndrome métabolique Antécédents médicaux personnels Antécédents familiaux psychiatriques et somatiques	Bilan neurologique Notamment la mémoire de travail, les fonctions exécutives et l'attention Fonctionnement social Traitement médicamenteux (évaluation sur la vie entière), réponse, effets secondaires, adhérence
Entretien médical structuré* Diagnostic psychiatrique principal (caractérisation des troubles bipolaires sur la vie entière) Comorbidités anxieuses et addictives Conduites suicidaires Évaluation dimensionnelle (états) (notamment humeur, sommeil, anxiété, vigilance)	Évaluation dimensionnelle (traits) (notamment impulsivité, instabilité affective, chronotypes) Traumatismes dans l'enfance Synthèse multidisciplinaire Compte rendu de l'ensemble de l'évaluation et définition du projet de soin personnalisé

* Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID).

Limites à ce modèle pour les « BipAdd »

Research

ANZJP

Bipolar patients referred to specialized services of care: Not resistant but impaired by sub-syndromal symptoms. Results from the FACE-BD cohort

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry
2015, Vol. 49(10) 898–905
DOI: 10.1177/0004867415585582

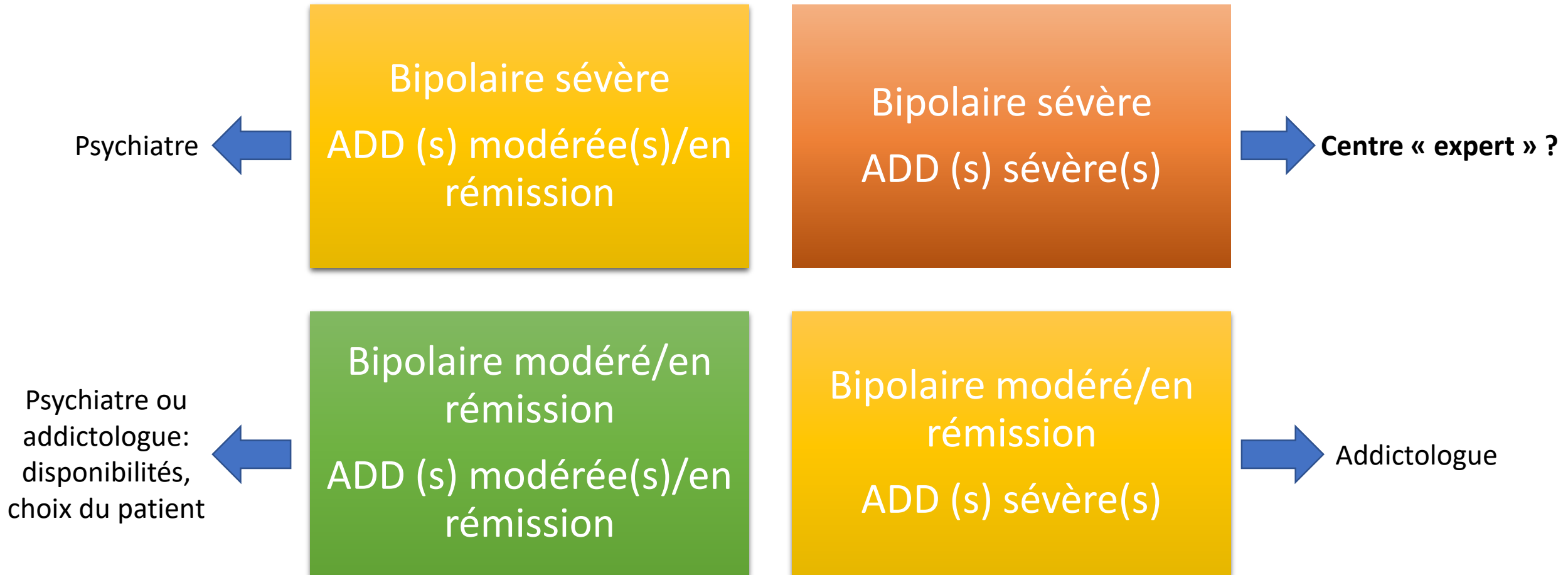
© The Royal Australian and
New Zealand College of Psychiatrists 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
anp.sagepub.com

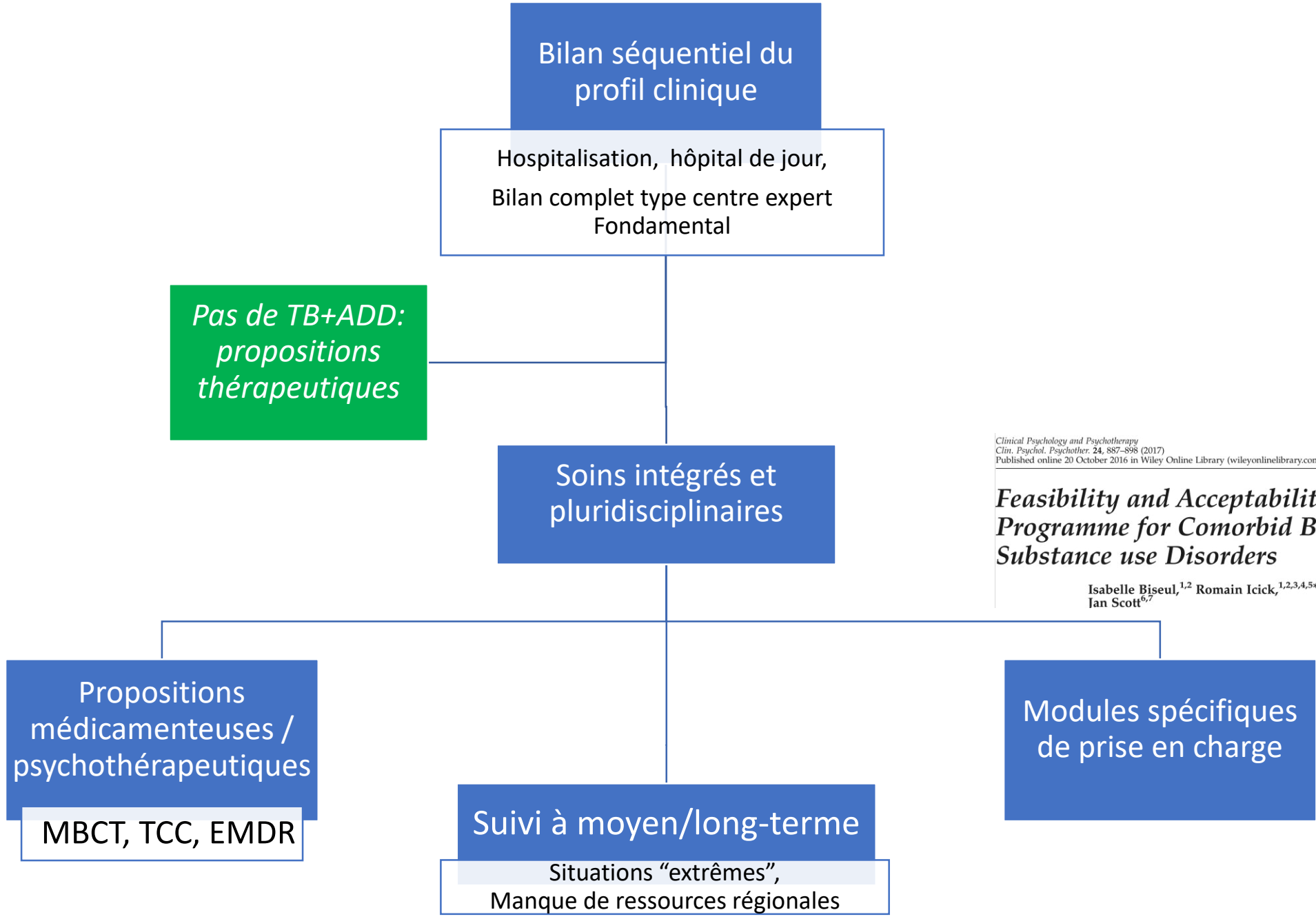


Chantal Henry^{1,2,3,4}, Bruno Etain^{1,2,3,4}, Ophelia Godin^{4,5}, Aroldo Ayub Dargel^{2,3,4,6,7}, Jean-Michel Azorin^{4,8,9}, Sébastien Gard^{4,10}, Frank Bellivier^{4,11}, Thierry Bougerol^{1,4,12,13,14}, Jean-Pierre Kahn^{1,4,15}, Christine Passerieux^{4,16,17}, Valerie Aubin^{4,18}, Philippe Courtet^{4,19,20} and Marion Leboyer^{1,2,3,4}; FACE-BD group

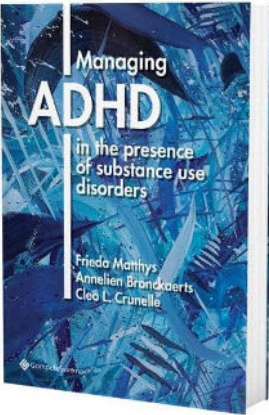
- Inclusion à stabilité clinique relative
 - Caractéristique fondamentalement différente des TB avec ADD
- Bilan complet paraissant lourd « d'emblée »
 - Tout n'est pas urgent...
 - Mais reste très informatif en situation de comorbidité!

Objectif du bilan: conclure sur le profil de chaque individu « BipAdd » pour rationaliser le soin





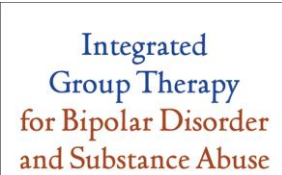
Pas de TB+ADD:
propositions
thérapeutiques



Clinical Psychology and Psychotherapy
Clin. Psychol. Psychother. 24, 887–898 (2017)
Published online 20 October 2016 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/cpp.2053

Feasibility and Acceptability of the ‘HABIT’ Group Programme for Comorbid Bipolar and Alcohol and Substance use Disorders

Isabelle Biseul,^{1,2} Romain Icick,^{1,2,3,4,5*} Perrine Seguin,^{1,2} Frank Bellivier^{1,2,3,4,5} and Ian Scott^{6,7}





Conclusion

- Comorbidité TB + ADD: épidémiologie bien connue, traitements à mieux définir
- **Situation compliquée, crainte... mais majoritaire en clinique!**
 - Si centre expert pour tous TB – ADD => risque de perte de compétence des équipes « non-expertes » ?
- Modèle actuel des centres experts à adapter à ces patients instables

- **Nouveau modèle hybride** associant soins résidentiels, hôpitaux de jour et évaluations type centre expert à des temps possiblement différents
 - Incluant un suivi ou au moins des modules thérapeutiques intégrés sur place
 - Déjà appliqué sans moyens dédiés dans des services
- **Modèle économique** à établir: combien de patients/an max. en France?
 - *Sur la prévalence*: 50% des individus avec TB à un moment de leur trajectoire, soit 1% de la population générale?
 - *Sur l'incidence annuelle*: 5 nouveaux cas/100000 habitants/an
 - dont la moitié avec ADD =1750 nouveaux TB-ADD / an?

Remerciements

- Pr Naassila et comité des JSFA pour l'invitation
- Prs Brousse et Cottencin pour avoir passé le message
- Pr Frank Bellivier, Dr Florence Vorspan (AP-HP & INSERM U1144)
- Fondation Fondamental et son groupe « BipAdd » (voir diapo suivante)

LE GROUPE BIPADD AU 11/03/2020

<i>Nom et prénom</i>	<i>Laboratoire / service</i>
Valérie Aubin	<i>Centre Hospitalier Princesse Grace, Monaco</i>
Raoul Belzeaux	<i>CHU de Marseille, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, Marseille, France</i>
Isabelle Biseul	<i>Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France F-75010</i>
Pr Georges Brousse	<i>Service de Psychiatrie B, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France</i>
Alix de Prémoré	<i>Service de psychiatrie et addictologie, Hôpital Louis Mourier, Colombes, France</i>
Sébastien Gard	<i>Centre Hospitalier Charles Perrens, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France F-33076</i>
Ophélia Godin	<i>Fondation Fondamental, Créteil, France F-94000</i>
Pr Sébastien Guillaume	<i>CHU de Montpellier, Montpellier, France</i>
Romain Icick	<i>Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France F-75010</i>
Pr Yann Le Strat	<i>Service de psychiatrie et addictologie, Hôpital Louis Mourier, Colombes, France</i>
Joséphine Loftus	<i>Centre Hospitalier Princesse Grace, Monaco</i>
Nicolas Mazer	<i>Service de psychiatrie et addictologie, Hôpital Louis Mourier, Colombes, France</i>
Ludovic Samalin	<i>Service de Psychiatrie B, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France</i>