

Pr Mohamed Hadj Ammar*, Dr Sami Khammouma**, Dr Hichem Bourguiba***

* Professeur agrégé en psychiatrie, Service de psychiatrie, CHU Taher SFAR de Mahdia, 5100 Mahdia-Hiboun, Tunisie

Courriel : hadjammar_mohamed@yahoo.fr

** Médecin spécialiste principal en psychiatrie, *** Médecin spécialiste en psychiatrie, Service de psychiatrie, CHU Taher SFAR de Mahdia, Tunisie

Reçu juin 2009, accepté décembre 2009

Schizophrénie et addiction

Étude en milieu hospitalier tunisien

Résumé

Les objectifs de ce travail étaient d'estimer la prévalence en milieu psychiatrique des troubles liés à l'utilisation d'une substance (TLUS) chez les patients schizophrènes, de préciser leurs spécificités et d'étudier leur impact sur les caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques de la schizophrénie. C'est une étude rétrospective réalisée au service de psychiatrie du CHU de Mahdia (Tunisie) sur une période de six ans, incluant tout patient schizophrène ayant présenté à son admission un TLUS suivant les critères diagnostiques du DSM-IV-TR. La prévalence de la comorbidité était de 16,4 %. Le sexe était exclusivement masculin, avec présence d'antécédents judiciaires (34 %). La schizophrénie était caractérisée par un mode de début insidieux (61 %), un sous-type indifférencié (61 %) et une durée de psychose non traitée en moyenne de 2,4 ans. Les TLUS étaient caractérisés par une survenue antérieure à la schizophrénie (74,6 %), une dépendance (37,3 %) et un usage préférentiel d'alcool (69,5 %). Les patients ayant une dépendance à une substance antérieure à la schizophrénie présentaient un risque élevé d'avoir des antécédents judiciaires et un âge tardif au début de la schizophrénie ainsi qu'à la première hospitalisation. À l'intérêt d'un repérage diagnostique précoce des TLUS comorbides à la schizophrénie s'ajoute la nécessité de traiter simultanément les deux troubles.

Mots-clés

Schizophrénie – Addiction – Comorbidité – Pronostic – Prise en charge.

La schizophrénie peut se révéler être une pathologie isolée au même titre qu'elle peut revêtir des tableaux cliniques plus variés et généraux, et être ainsi associée à l'addiction qui en constitue souvent l'une des formes

Summary

Schizophrenia and substance abuse. A study in a Tunisian hospital

The objectives of this study were to estimate the prevalence of substance-related disorders (SRD) in schizophrenic patients admitted to psychiatric units, define their specificities and study their impact on the clinical characteristics, treatment and outcome of schizophrenia. This retrospective study was performed in the psychiatry department of Mahdia university hospital (Tunisia) over a period of six years and included all schizophrenic patients presenting an SRD on admission according to the DSM-IV-TR diagnostic criteria. The prevalence of comorbidity was 16.4%. All patients were males with a history of legal proceedings in 34% of cases. Schizophrenia was characterized by an insidious onset (61%), an undifferentiated subtype (61%) and an average duration of untreated psychosis of 2.4 years. SRDs were characterized by a previous episode of schizophrenia (74.6%), dependence (37.3%) and a preferential use of alcohol (69.5%). Patients with a history of substance dependence prior to schizophrenia presented a high rate of previous legal proceedings and an older age of onset of schizophrenia and at the time of the first admission. The value of early diagnostic screening for SRD associated with schizophrenia is to indicate the need for simultaneous treatment of these two disorders.

Key words

Schizophrenia – Addiction – Comorbidity – Prognosis – Management.

d'entrée (1). Bien que totalement distincts sur le plan nosographique, la schizophrénie et les troubles liés à l'utilisation d'une substance (TLUS) entretiennent des rapports très étroits de part l'existence d'une importante

comorbidité (2). Celle-ci a fait l'objet depuis quelques années d'un regain d'intérêt, justifiant même l'attribution d'un "diagnostic duel" aux patients porteurs de deux affections. Au côté des travaux témoignant d'un effet délétère de la consommation de substances, on en relève d'autres indiquant que cette comorbidité n'a pas d'influence pronostique et que, dans une certaine mesure, les patients schizophrènes présentant une addiction ont une meilleure adaptation prémorbide, un tableau clinique moins sévère, voire même un meilleur pronostic (3, 4).

Les objectifs de ce travail étaient d'estimer la prévalence en milieu hospitalier des TLUS chez des patients schizophrènes, de préciser leurs spécificités et la chronologie de leur apparition, ainsi que d'étudier leur impact sur les caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques de la schizophrénie.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a été réalisée sur une période de six ans et a porté sur les patients schizophrènes hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Mahdia et ayant présenté à leur admission un TLUS (abus ou dépendance). Les critères du DSM-IV-TR (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* – 4^{ème} édition – Texte révisé) ont été appliqués aussi bien pour les TLUS que pour la schizophrénie et la différenciation de ses sous-types (5). Les critères d'exclusion étaient un tabagisme exclusif, un trouble induit par une substance et une présence d'affections organiques cérébrales ou d'un déficit intellectuel prononcé.

Après avoir entrepris une étude descriptive, nous avons procédé à une autre comparative qui a concerné, dans un premier temps, les patients ayant un abus (G-Abus) versus ceux ayant une dépendance (G-Dépendance) et, dans un second temps, les patients ayant un TLUS d'installation antérieure (G-Antérieur) versus ceux ayant un TLUS co-occurent ou postérieur (G-Co-occurent ou postérieur) à la schizophrénie.

Afin d'analyser nos données, nous avons employé pour les variables qualitatives le test χ^2 ou le test de Fisher et pour les variables quantitatives le test T-Student ou le test non paramétrique de Mann-Whitney, tout en prenant en considération les conditions d'application de chaque test statistique. D'autres techniques logistiques ont été utilisées pour calculer les Odds ratios (OR) et pour déterminer leur étendue. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Résultats

Parmi 359 patients schizophrènes hospitalisés durant la période d'étude, 59 ont répondu aux critères d'inclusion et d'exclusion, soit une prévalence de comorbidité de 16,4 %.

Étude descriptive

Caractéristiques générales

Cette étude a permis de dégager un profil caractérisé par une moyenne d'âge de 31,5 ans, un sexe masculin exclusif, une origine rurale dans 68 % des cas, un statut matrimonial de célibataire pour 84 % des hommes, une absence d'au moins un des parents lors de l'enfance ou de l'adolescence chez 18,6 % des patients, un niveau d'instruction bas (illettré ou primaire) dans 41 % des cas, un taux de chômage de 66,1 %, un niveau socioéconomique bas (salaire mensuel < au salaire minimum – SMIC) dans 76 % des cas. Une présence d'antécédents familiaux psychiatriques était relevée chez 42,4 % des patients – schizophrénie et autres troubles psychotiques représentant 79,2 % des cas –, ainsi qu'une présence d'antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, de tentatives de suicide et judiciaires chez respectivement 12, 18,6, 24 et 34 % des patients.

Caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques de la schizophrénie

L'évaluation multiaxiale au DSM-IV-TR a montré une prédominance des sous-types indifférencié et désorganisé dans respectivement 61 et 35,6 % des cas, une personnalité de type schizoïde ou antisociale pour respectivement 11,9 et 8,5 % des patients, une présence de facteurs psycho-sociaux et environnementaux dans 83,1 % des cas – dont les problèmes professionnels étaient les plus rapportés (33,9 %) – et un score moyen à l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) de 56,4 avec un taux d'altération de 78 %.

Concernant les aspects évolutifs, cette étude a révélé un âge au début de la maladie en moyenne de 23,9 ans, un mode de début insidieux dans 61 % des cas, un âge à la première hospitalisation en moyenne de 27 ans, une durée de psychose non traitée en moyenne de 2,4 ans, un délai diagnostique de 2,2 ans en moyenne, une durée moyenne d'intervalles inter-épisodes de 23,8 mois, une stabilité diagnostique durant la période d'étude dans 83 % des cas, et un cours évolutif épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes chez 57,6 % des patients.

Pour le volet thérapeutique, il était caractérisé par un nombre d'hospitalisations de 3,2 en moyenne, dont le mode d'office était en moyenne de 2,2, une durée moyenne de séjours de 24,3 jours, une association de psychotropes chez 94,9 % des patients, une présence d'effets indésirables dans 11,9 % des cas, un suivi irrégulier pour 67,8 % des sujets et une observance au traitement partielle ou nulle chez 78 % des patients.

Caractéristiques des TLUS

Ces caractéristiques étaient un abus ou une dépendance respectivement chez 62,7 et 37,3 % des patients, une utilisation d'alcool (69,5 %) suivie du cannabis (20,3 %) et des opiacés (5,1 %), une polyconsommation chez 34 % des patients dominée par l'association de l'alcool à une autre substance psychoactive (SPA) dans 95 % des cas, une première prise de toxiques à l'étranger pour 39 % des

sujets, un âge au début de 21,2 ans en moyenne, une durée moyenne de consommation de 6,8 ans, et une présence d'antécédents de syndrome de sevrage chez 10,2 % des patients. La survenue des TLUS par rapport à la schizophrénie était antérieure de 4,5 ans en moyenne dans la majorité des cas (74,6 %), co-occurente dans 13,5 % des cas ou postérieure de 3 ans en moyenne chez 11,9 % des patients.

Étude analytique

Il ressort de cette étude que les patients schizophrènes ayant une dépendance à une SPA antérieure à leur maladie présentaient un risque élevé d'avoir une durée de consommation longue, des antécédents judiciaires et un âge tardif au début de la schizophrénie ainsi qu'à la première hospitalisation (tableaux I et II, figure 1).

Tableau I : Risques liés à la nature de l'addiction comorbide à la schizophrénie

Variabiles	G-Abus (n = 37)	G-Dépendance (n = 22)	OR (min-max)	p
Antécédents chirurgicaux	5,4 %	40,9 %	3,0 (1,7-5,2)	0,001
Antécédents judiciaires	24,3 %	50,0 %	1,9 (1,03-3,7)	0,04
Moyenne d'âge au début de la schizophrénie (ans)	22,7 (± 5)	26,0 (± 5,7)	-	0,02
Moyenne d'âge à la première hospitalisation (ans)	25,6 (± 6,3)	29,3 (± 6,5)	-	0,03
Durée moyenne de consommation (ans)	5,3 (± 3,2)	9,1 (± 5,1)	-	0,001
Antériorité de l'addiction à la schizophrénie	64,9 %	90,9 %	3,4 (0,9-12,9)	0,02

OR : Odds ratio pour G-Dépendance. Seuls les résultats significatifs ont été reportés.

Tableau II : Risques liés à la chronologie d'apparition de l'addiction comorbide à la schizophrénie

Variabiles	G-Antérieur (n = 44)	G-Co-occurent ou postérieur (n = 15)	OR (min-max)	p
Moyenne d'âge (ans)	33,3 (± 7,5)	26,2 (± 6,6)	-	0,02
Antécédents judiciaires	40,9 %	13,3 %	1,3 (1-1,7)	0,01
Moyenne d'âge au début de la schizophrénie (ans)	25,7 (± 4,9)	18,7 (± 3,5)	-	0,001
Mode de début insidieux	68,2 %	40,0 %	0,7 (0,5-1)	0,05
Moyenne d'âge à la première hospitalisation (ans)	28,9 (± 6,2)	21,5 (± 4,3)	-	0,001
Dépendance à une substance	45,5 %	13,3 %	1,4 (1,07-1,8)	0,02
Durée moyenne de consommation (ans)	7,6 (± 4,5)	4,1 (± 2,4)	-	0,001

OR : Odds ratio pour G-Antérieur. Seuls les résultats significatifs ont été reportés.

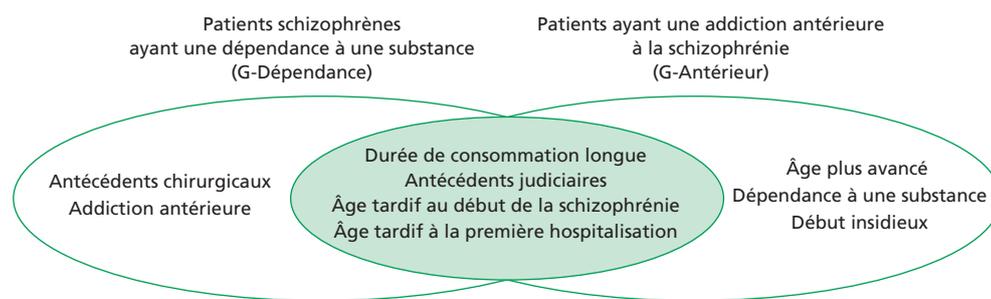


Figure 1. – Risques liés à la dépendance à une substance psychoactive antérieure à la schizophrénie

Discussion

Limites méthodologiques

Le caractère rétrospectif de notre étude était contraignant du fait des difficultés rencontrées lors du recueil et de l'exploitation de certaines informations. L'absence d'une évaluation standardisée des TLUS rendait de plus ce travail difficile. Afin d'avoir une évaluation idéale et une procédure diagnostique valide, il est recommandé dans ce cadre d'associer à une interview standardisée, réalisée par un enquêteur formé, un entretien libre effectué par un clinicien expérimenté (6). En outre, ce travail se limitait à l'étude des risques liés à l'utilisation des substances illicites tout en sachant la haute prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes et l'importance de la question de l'interaction tabac et traitement dans la prise en charge.

Pour l'étude comparative, peu d'auteurs se sont intéressés à la différenciation des effets de l'abus de ceux de la dépendance. La majorité s'en est tenue à une dichotomie, problème de substance ou pas de problème de substance. Toutefois, Bartels et al. (7) insistent sur l'intérêt de distinguer l'abus de la dépendance aux toxiques du fait d'une implication thérapeutique et aussi pronostique. Ceci étant, les résultats des tests statistiques de notre étude sont à considérer avec précautions car les groupes ont été comparés sans appariement. En conséquence, la partie d'épidémiologie analytique concernant la schizophrénie et les TLUS est liée aux données de la littérature et en aucun cas aux données de cette étude.

Prévalence de la comorbidité schizophrénie-addiction

La prévalence de la comorbidité schizophrénie-TLUS a été ici estimée à 16,4 %. Ce résultat est comparable à ceux retrouvés par Zaafrane et al. (8), Virgo et al. (3) et Duke et al. (9), avec des taux respectifs de 12, 12,1 et 16 %. Dans des enquêtes menées dans des services de psychiatrie, Dervaux et al. (4) rapportent aussi une fréquence d'abus et de dépendance au cannabis variant entre 22 et 42 % sur la vie entière et entre 7 et 22 % sur six mois. Pour l'étude *Epidemiologic catchment area*, l'utilisation d'une ou de plusieurs substances était 4,6 fois plus fréquente chez les patients schizophrènes qu'en population générale (10). Ainsi, plusieurs études internationales et nationales s'accordent sur la haute prévalence d'une telle association. Toutefois leurs résultats restent hétérogènes, divergents et

parfois même contradictoires du fait de la variabilité des méthodologies adoptées, des populations étudiées et de la durée du suivi (11).

Données sociodémographiques

La plupart des études dégagent un profil comparable au nôtre. Dans une récente méta-analyse, Green et al. (12) révèlent qu'à part deux études, l'abus et l'usage du cannabis étaient associés préférentiellement à un âge jeune et à un sexe masculin. De leur côté, Cartier et al. (13) concluent aussi que l'utilisation de substances est plus fréquente chez les hommes jeunes, autant en population générale que chez les schizophrènes, avec un ratio identique à la population des toxicomanes non schizophrènes. Les mêmes auteurs rapportent un taux plus élevé de sans domicile fixe et de chômeurs chez les schizophrènes toxicomanes en comparaison à des patients non consommateurs de drogues.

L'absence du sexe féminin dans notre étude pourrait être expliquée par le contexte socioculturel et religieux où la femme est moins émancipée et plus contrainte à la vie en collectivité avec une moindre facilité d'accès aux SPA, ainsi que par la réserve et la réticence d'hospitalisation des femmes schizophrènes par rapport aux hommes. En effet, comme le soulignent Douki et al. (14), les femmes schizophrènes sont largement sous-représentées en milieu psychiatrique par rapport aux hommes. Les raisons en sont probablement autant culturelles (stigmatisation plus marquée) que cliniques (pathologie moins sévère et moins bruyante).

Caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques de la schizophrénie

Si, selon certains auteurs, les tableaux cliniques des patients schizophrènes avec addiction apparaissent comparables quelle que soit la méthode d'évaluation adoptée, selon d'autres, la forme paranoïde de la schizophrénie est prédominante et les patients présentant un double diagnostic ont significativement plus d'hallucinations, un score positif à la PANSS et des scores d'anhédonie et d'athymhormie plus élevés que ceux présentant uniquement un trouble psychotique (15-18). Cette divergence pourrait être liée, d'une part, au moment choisi de l'évaluation clinique et, d'autre part, à la méthodologie adoptée variant d'une étude à l'autre (approche catégorielle, approche dimensionnelle, facteurs de vulnérabilité à la psychose) (11).

Quant au type de personnalité, les patients schizophrènes dépendants présentent volontiers des traits de personnalité antisociale et se distinguent des sujets témoins par une impulsivité et une recherche de sensations plus accrues (19). D'après Mueser et al. (20), les patients schizophrènes présentant une personnalité antisociale forment un sous-groupe à haut risque d'addiction : abus de substances plus précoce, plus sévère, complications psychiatriques et médico-légales plus fréquentes. Parallèlement, d'autres auteurs concluent à une corrélation entre les traits de personnalité schizotypique évaluée à l'aide du *Schizotypal personality questionnaire* et l'usage de cannabis (21).

En ce qui concerne le fonctionnement global, plusieurs auteurs ont constaté son altération chez les patients schizophrènes ayant une addiction, notamment au cannabis (13, 16). Néanmoins, Favre (15) met en évidence le paradoxe des patients schizophrènes avec addiction alcoolique jugés à la fois comme étant plus désorganisés au niveau comportemental et comme ayant de plus grandes compétences sociales. Cette fonction adaptative liée à l'alcool ne serait pour autant effective qu'à moyen terme, l'évolution vers l'alcoolodépendance péjore à long terme le niveau d'adaptation (22). D'une façon globale, tout le processus de la toxicomanie mobilise extrêmement les patients schizophrènes. Cette mobilisation fait qu'ils sont beaucoup moins déficitaires que les patients schizophrènes abstinentes, permettant un fonctionnement social relativement opérant même si celui-ci reste dans la marginalité (23).

Sur le plan évolutif, les données de la littérature s'accordent sur la précocité de l'installation de la schizophrénie chez les patients usagers de SPA, la variabilité de l'âge quant au premier recours au soin, l'élévation du taux de

récidives et l'augmentation du nombre d'hospitalisations (16, 18, 19, 24-27) (tableau III). Pour la durée de psychose non traitée, l'usage de SPA paraît retarder la prise en charge de la schizophrénie. En effet, cette durée est estimée chez les patients schizophrènes ayant une addiction à l'alcool ou au cannabis respectivement à 3,1 et 2,3 ans, contrairement chez ceux sans addiction estimée à environ un an (25, 28, 29).

En outre, la comorbidité de l'usage de SPA chez les patients schizophrènes pose le problème des conséquences thérapeutiques. À cet égard, Peretti souligne dans sa revue de la littérature (30) que même si les troubles addictifs sont bien diagnostiqués et documentés, ils sont peu fréquemment traités chez les schizophrènes, et que ces derniers font le cas échéant l'objet d'un traitement plus important, notamment d'antipsychotiques, comparativement aux patients schizophrènes sans addiction.

À ce propos, comme l'ont constaté plusieurs auteurs, l'augmentation de la posologie fait courir le risque d'apparition d'effets secondaires extrapyramidaux, particulièrement gênants et à l'origine d'une mal-observance thérapeutique d'ailleurs retrouvée dans notre étude dans 78 % des cas (25, 31). Toutefois, dans le cas de l'addiction à l'alcool, ce lien n'est pas de règle ; Margolese et al. (18) trouvent une fréquence de non-compliance seulement de 20,8 % dans un groupe à diagnostic double. Parmi les facteurs prédictifs de non-compliance, on retient une histoire d'abus ou de dépendance à une SPA, une mauvaise conscience des troubles et des réactions négatives aux neuroleptiques (32). L'arrivée des nouveaux antipsychotiques, notamment l'olanzapine, a facilité l'adhésion de ces patients aux soins en agissant sur les dimensions délirantes et déficitaires sans engendrer d'effets indésirables gênants (33, 34).

Tableau III : Résumé d'études des aspects évolutifs de la schizophrénie comorbide à une addiction

Études	Moyenne d'âge au début de la schizophrénie (ans)	Moyenne d'âge à la première hospitalisation (ans)	Nombre moyen d'hospitalisations	Durée moyenne d'hospitalisation
Dervaux et al. (16)	21,1	21,1 (± 3,6)	5,8	Cumulée 14 mois (± 16,3)
Margolese et al. (18)	21,2	25,6 (± 8,6)	4,8 (± 5,4)	-
Kavanagh et al. (19)	< 25	-	-	-
Veen et al. (24)	22,3	-	-	-
Liraud et al. (25)	Alcool : 24,1 Cannabis : 20	Alcool : 28,5 Cannabis : 22,3	≥ 3 Alcool (56,2 %) Cannabis (48,3 %)	-
Baker et al. (26)	19,3	-	1,07 (12 mois passés)	28,85 jours
Drake et al. (27)	-	20,2 (± 6,4)	-	-
Notre étude	23,9	27	3,7	24,3 jours (± 11,6)

Caractéristiques des TLUS

Concernant le choix de la substance, celui-ci est en partie déterminé par la pathologie. En effet, McLellan et al. (35) confirment que 68 % des usagers d'amphétamines et d'hallucinogènes portent le diagnostic de schizophrénie contre seulement 41 % de consommateurs d'héroïne. Dans le même sens, la synthèse de Charles-Nicolas (36) suggère que les schizophrènes ont tendance à préférer les drogues stimulantes et les produits hallucinogènes. En excluant le tabac, en Europe comme aux États-Unis, les substances les plus fréquemment consommées par les patients schizophrènes sont l'alcool et le cannabis, loin devant les opiacés, la cocaïne et les benzodiazépines, résultats comparables à ceux retrouvés dans notre travail (11, 25, 27, 37-39). Le prix et la disponibilité des produits orientent aussi ce choix.

Ainsi, Laqueille (23) précise que les produits les plus utilisés sont avant tout l'alcool, suivi du cannabis, et que le premier serait plus consommé dans les régions rurales, alors que le second le serait plutôt dans les régions urbaines. Par ailleurs, le même auteur avance des fréquences de polyconsommation variant de 60 à 70 % chez des sujets schizophrènes toxicomanes en France ; il s'agissait le plus souvent de l'alcool et du cannabis, parfois s'y associaient les opiacés.

Quant à la nature de la conduite addictive, la schizophrénie serait connue pour favoriser des profils spécifiques (40). Même si l'abus est plus fréquent que l'alcoolodépendance, il semble que le passage de l'abus à la dépendance est plus rapide chez les patients schizophrènes que dans la population générale (15, 34, 41, 42).

S'agissant de la chronologie d'apparition des TLUS, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que le déclenchement de la schizophrénie survient dans deux cas sur trois après une dépendance à une SPA (16, 37, 43, 44). À ce sujet, Rouillon (6) considère que 30 à 50 % des patients schizophrènes commencent par la toxicomanie et que le problème peut également être simplifié en considérant qu'il y a à peu près autant de patients qui commencent par la schizophrénie et qui deviennent toxicomanes que l'inverse. En analysant les caractéristiques des premiers épisodes psychotiques chez les consommateurs de cannabis, trois profils d'usage ont été identifiés :

- en cas de survenue antérieure de consommation, il y aurait une diminution progressive du seuil de vulnérabilité ;
- en cas de coïncidence avec le début de la psychose, il y aurait un effet précipitant du cannabis ;

- en cas de survenue postérieure, il y aurait recours à cette substance dans une visée autothérapeutique (45).

Risques liés à la dépendance à une SPA antérieure à la schizophrénie

Pour la durée de consommation longue et l'âge tardif au début de la schizophrénie retenus dans notre étude comparative, il est difficile d'en tirer des conclusions du fait que les évolutions de la schizophrénie comme des addictions ont tendance à être lentes et progressives, et du fait que les premières consultations pour chacune de ces pathologies ne sont pas motivées de la même façon (16, 23). D'autres auteurs révèlent en contrepartie que, comparativement aux sujets sans histoire d'usage de substance, ceux ayant un double diagnostic se caractérisent par un âge précoce au début de la psychose (15, 24, 38, 46-49).

Quant à l'âge tardif à la première hospitalisation, il pourrait être expliqué par le fait que la toxicomanie interagit et colore la psychose, ce qui permettra au sujet toxicomane et schizophrène de vivre son originalité psychotique à travers une originalité sociale. Cet aspect est à la fois plus positif pour son côté mieux structurant au travers d'une image sociale mieux tolérée, mais en même temps négatif parce que l'adhésion aux soins est moindre quand on néglige la prise en compte de la psychose en tant que pathologie à part entière. En outre, les patients schizophrènes-toxicomanes sont des patients plus désocialisés, refusant souvent toute hospitalisation ou traitement, parfois incarcérés, et leur agressivité à l'égard des équipes soignantes entraîne assez fréquemment leur exclusion des structures de soins (23, 31).

Quant aux antécédents judiciaires, il est établi que la proportion de crimes violents attribuable à la schizophrénie est minoritaire et que les facteurs responsables de cette violence et d'incarcérations des patients schizophrènes semblent très hétérogènes et liés à la comorbidité avec d'autres troubles, notamment les conduites addictives et les troubles de personnalité additionnels (6, 20, 25, 50).

Conclusion

La prévalence de l'association TLUS-schizophrénie n'est pas négligeable. Cette comorbidité complique le diagnostic, l'évolution et le traitement de la schizophrénie en confondant les tableaux cliniques, en favorisant les rechutes et les passages à l'acte, et en induisant une résistance thé-

rapeutique. À l'intérêt d'un repérage diagnostique précoce des TLUS comorbides s'ajoute la nécessité d'identifier les patients ayant une dépendance à une SPA antérieure à la schizophrénie, groupe plus exposé aux effets délétères de la drogue, aux risques d'incarcération et de retard de prise en charge. Ce groupe devrait être considéré distinctement lors de l'établissement des plans de traitement afin de les adapter aux besoins et aux caractéristiques de chaque patient. ■

M. Hadj Ammar, S. Khammouma, H. Bourguiba
Schizophrénie et addiction. Étude en milieu hospitalier tunisien
Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (1) : 53-60

Références bibliographiques

- 1 - Dervaux A, Bayle FJ, Krebs MO. Substance misuse among people with schizophrenia: similarities and differences between the UK and France. *Br J Psychiatr* 2002 ; 180 : 381.
- 2 - Aouizerate B, Auriacombe M, Tignol J. Schizophrénie et addiction : aspects neurobiologiques. *Halopsy* 2002 ; 29 : 21-25.
- 3 - Virgo N, Bennett G, Bennett L, Higgins D, Thomas P. The prevalence of co-occurring severe mental illness and substance misuse (dual diagnosis). in the patients of mental health and addiction services in East Dorset. In : Proceedings of an international symposium "Comorbidity across the Addictions". *Addict Behav* 1998 ; 23 (6) : 715-946.
- 4 - Dervaux A, Benyamina A. Troubles induits par le cannabis. *L'Encéphale* 2002 ; (Hors Série 8) : 31-35.
- 5 - American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux, 4^{ème} édition, Texte révisé (DSM-IV-TR). Traduction française par Guelfi JD et al. Paris : Masson, 2003.
- 6 - Rouillon F. Consommation de toxiques et schizophrénies : données épidémiologiques. *L'Encéphale* 2003 ; XXIX : 16-19, cahier 2.
- 7 - Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA. Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psych Psychiatr Serv* 1995 ; 46 : 248-251.
- 8 - Zaafrane F, Gaha L, Mechri A, Maoui S, Hammouda S, Khammoua S, Skhiri T. Alcool et pathologie psychiatrique : une enquête en hôpital psychiatrique tunisien. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (3) : 247-253.
- 9 - Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TR. Comorbide non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in central London. *Br J Psychiatr* 2001 ; 179 : 509-513.
- 10 - Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA* 1990 ; 264 (19) : 2511-2518.
- 11 - Lejoyeux M, Mourad I, Adès J. Troubles psychiatriques induits par les conduites de dépendance autres que l'alcool. *L'Encéphale* 2000 ; XXVI : 21-27.
- 12 - Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatr* 2005 ; 187 : 306-313.
- 13 - Cartier M, Kanit M, Laqueille X. Comorbidité schizophrénie héroïnomanie et autres addictions : aspects cliniques et thérapeutiques. *Ann Méd Psychol* 2004 ; 162 : 311-316.
- 14 - Douki S, Nacef F, BenZineb S, Ben Amor C. Schizophrénie et culture : réalités et perspectives à partir de l'expérience tunisienne. *L'Encéphale* 2007 ; XXXIII : 21-29.
- 15 - Favre JD. Schizophrénie et abus d'alcool : données cliniques. *L'Encéphale* 2003 ; XXIX : 20-22, cahier 2.
- 16 - Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Le Borgne MH, Olié JP, Léo H, Krebs MO. Cannabis et schizophrénie : données cliniques et sociodémographiques. *L'Encéphale* 2003 ; XXIX : 11-17.
- 17 - Grech A, Van Os J, Jones PB, Lewis S, Murray RM. Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. *European Psychiatry* 2005 ; 20 : 349-353.
- 18 - Margolese HC, Negrete JC, Tempier R, Gill K. A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophr Res* 2006 ; 83 : 65-75.
- 19 - Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, Herman H, Jablensky A, McGrath JJ. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res* 2004 ; 66 : 115-124.
- 20 - Mueser KT, Rosenberg SD, Drake RE. Conduct disorder, antisocial personality disorder and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *J Stud Alcohol* 1999 ; 61 : 278-284.
- 21 - Dumas P, Saoud M, Bouafia S, Gutknecht C, Ecohard R, Dalery J, Rochet T, d'Amato T. Cannabis use correlates with schizotypal personality traits in healthy students. *Psychiatry Res* 2002 ; 109 : 27-35.
- 22 - Salyers MP, Mueser KT. Social functioning, psychopathology and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophr Res* 2001 ; 48 (1) : 109-123.
- 23 - Laqueille X. Pratique quotidienne des sujets schizophrènes toxicoomanes. *Halopsy* 2002 ; 29 : 26-32.
- 24 - Veen ND, Selten JP, Van Der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 501-506.
- 25 - Liraud F, Verdoux H. Caractéristiques cliniques et pronostiques associées à une comorbidité addictive chez des patients hospitalisés en psychiatrie. *L'Encéphale* 2000 ; XXVI : 16-23.
- 26 - Baker AT, Bucci S, Lewin TJ, Richmond R, Carr VJ. Comparisons between psychosis samples with different patterns of substance

- use recruited for clinical and epidemiological studies. *Psychiatry Res* 2005 ; 134 : 241-250.
- 27 - Drake R, McHugo G, Xie H, Fox M, Packard J, Helmstetter B. Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophr Bull* 2006 ; 32 : 464-473.
- 28 - Keshavan MS, Schooler NR. First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterisation. *Schizophr Bull* 1992 ; 18 : 491-514.
- 29 - McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 305-326.
- 30 - Peretti CS. Schizophrénie, troubles addictifs et cognition. *Halopsy* 2002 ; 29 : 5-12.
- 31 - Laqueille X. Stratégies thérapeutiques du schizophrène toxico-mane. *L'Encéphale* 2003 ; XXIX : 31-34, cahier 2.
- 32 - Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001 ; 52 (2) : 161-166.
- 33 - Green A, Tohen MF, Hamer RM, Strakowski SM, Lieberman JA, Glick I et al. First episode schizophrenia related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophr Res* 2004 ; 66 : 125-135.
- 34 - Conley RR, Kelly DL, Gale EA. Olanzapine response in treatment refractory schizophrenic patients with a history of substance abuse. *Schizophr Res* 1998 ; 33 : 95-101.
- 35 - McLellan AT, Druley AK, Carson J. Evaluation of substance abuse problems in a psychiatric hospital. *J Clin Psychiatr* 1978 ; 39 : 226-230.
- 36 - Charles-Nicolas A. Toxicomanies. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 1998 ; 37-396-A-10 : 25 p.
- 37 - Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002 ; 325 : 1199.
- 38 - Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, De Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002 ; 156 : 319-327.
- 39 - Condren RM, O'Connor J, Browne R. Prevalence and patterns of substance misuse in schizophrenia: a catchment area case-control study. *Psychiatr Bull* 2001 ; 25 : 17-20.
- 40 - Fowler IE, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998 ; 24 : 443-455.
- 41 - Soyka M. Addiction and schizophrenia. Alcoholism and schizophrenia. *Foertschr Neural Psychiatr* 1994 ; 62 : 71-87.
- 42 - Nuss P. Schizophrénie et toxicomanie. *Halopsy* 2002 ; 29 : 13-20.
- 43 - Silver H, Abboud E. Drug abuse in schizophrenia: comparison of patients who began drug abuse before their first admission with those who began abusing after their 1st admission. *Schizophr Res* 1994 ; 13 : 57-63.
- 44 - Poirier MF. Schizophrénie et toxicomanie : aspects génétiques. *L'Encéphale* 2003 ; XXIX : 23-27, cahier 2.
- 45 - Hambrecht M, Hafner H. Cannabis, vulnerability and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Aust NZ J Psychiatr* 2000 ; 34 (3) : 468-475.
- 46 - Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt T. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002 ; 325 : 1212-1213.
- 47 - Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatr* 2005 ; 187 : 510-515.
- 48 - Verdoux H, Tournier M, Cougnard A. Impact of substance use on the onset and course of early psychosis. *Schizophr Res* 2005 ; 79 : 69-75.
- 49 - Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2003 ; 71 : 37-48.
- 50 - Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004 ; 30 : 59-72.