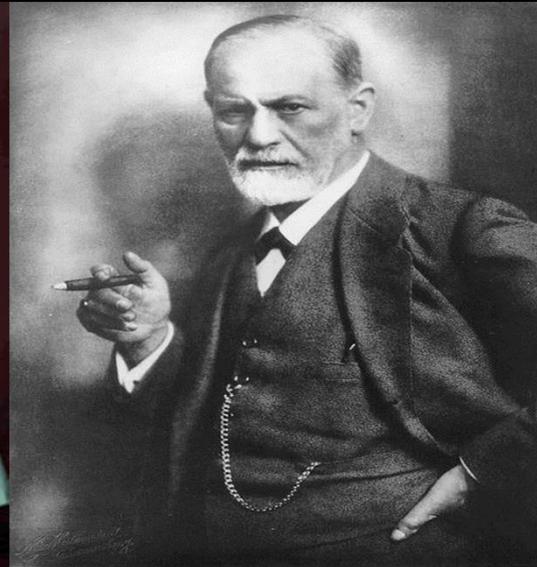
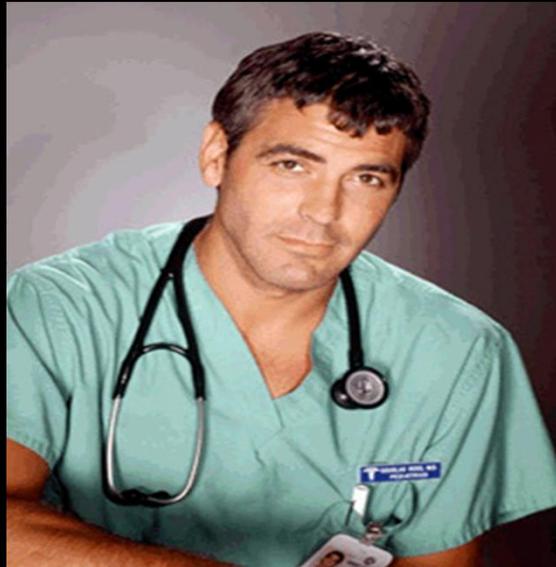


Lille

Jeudi 11 Décembre 2013

ADDICTIONS ET PSYCHIATRIE



Professeur Michel REYNAUD
CERTA L'ALBATROS
Hôpital Universitaire Paul Brousse - VILLEJUIF

PLAN

- **Y a-t-il un problème?**
- Le concept d'addiction apporte t-il quelque chose à la psychopathologie
 - ✓ Modèles de compréhension et neuro-imagerie
 - ✓ Facteurs de risque et gravité
- Quels troubles psychiatriques
- Comment travailler ensemble?
 - ✓ Evolution du concept et conséquences sur les prises en charge
 - ✓ Comment organiser les dispositifs de soins

EPIDEMIOLOGIE

- **un tiers des personnes ayant un trouble mental présente une pathologie duelle**
 - pathologie duelle est extrêmement fréquente chez les patients schizophrènes et bipolaire
 - un bipolaire et un schizophrène sur trois présentent une trouble addictif hors tabac
 - proportion augmente avec la sévérité de ce trouble.
- **la moitié des personnes ayant une pathologie addictive présente une pathologie duelle**
- **Les pathologies duelles devraient être considérées comme la règle, et non comme l'exception.**

Conséquences des pathologies duelles

- des taux plus élevés d'hospitalisations
- une grande fréquence de suicides et de tentatives de suicides
- plus de délinquance et de criminalité
- plus de désinsertion sociale
- une moins bonne compliance aux traitements
- plus grande fréquence de rechutes pour les deux troubles

**co-occurrence de troubles mentaux,
troubles de la personnalité et addictions
péjorent le pronostic
du trouble psychiatrique et celui de la
conduite addictive**



Conséquences des pathologies duelles

- Un poids socio-économique important : l'enveloppe sanitaire des pathologies duelles coute cher
- Une minorité de personnes accèdent au soins : moins d'un patient sur dix bénéficierait d'une double prise en charge.
- La prise en charge reste encore insatisfaisante

PLAN

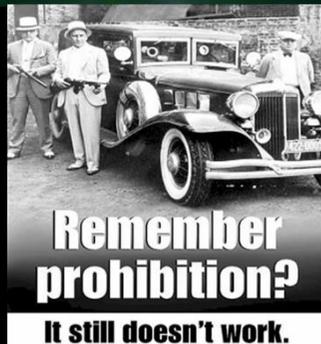
- Y a-t-il un problème?
- **Le concept d'addiction apporte t-il quelque chose à la psychopathologie**
 - ✓ Modèles de compréhension et neuro-imagerie
 - ✓ Facteurs de risque et gravité
- Quels troubles psychiatriques
- Comment travailler ensemble?
 - ✓ Evolution du concept et conséquences sur les prises en charge
 - ✓ Comment organiser les dispositifs de soins

Evolution de la pensée médicale

- De l'ivrognerie à l'alcoolisme
- Alcoolisme et toxicomanie
- DSMIII : Alcoolisme dépendance, héroïne dépendance
- DSMIV : Abus et dépendance
- DSMV : troubles liés à l'usage de substances



Histoire du concept d'addiction



1. *Modèle moral*



2. *Fléau social*



3. *Brain disease model*

*Modèle
biopsychosocial
de réduction
des dommages*

Empirique

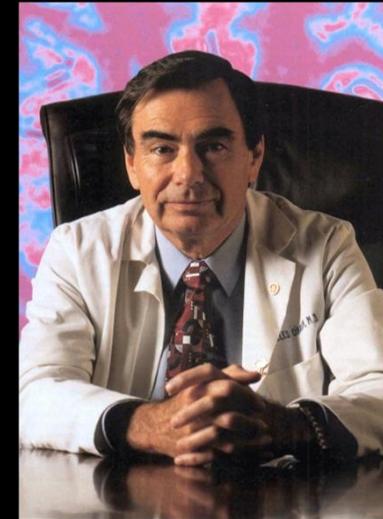
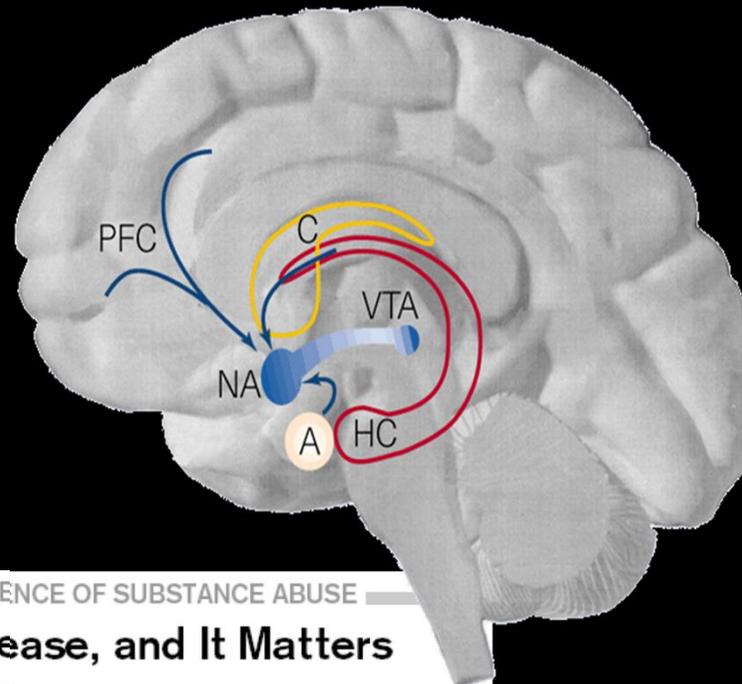
1976: Edwards & Gross
Biopsychosocial model
Alcohol dependence
syndrome

Idéologique

Addiction: a treatable brain disease



Nora Volkow



Charles O'Brien

FRONTIERS IN NEUROSCIENCE: THE SCIENCE OF SUBSTANCE ABUSE

Addiction Is a Brain Disease, and It Matters

Alan I. Leshner

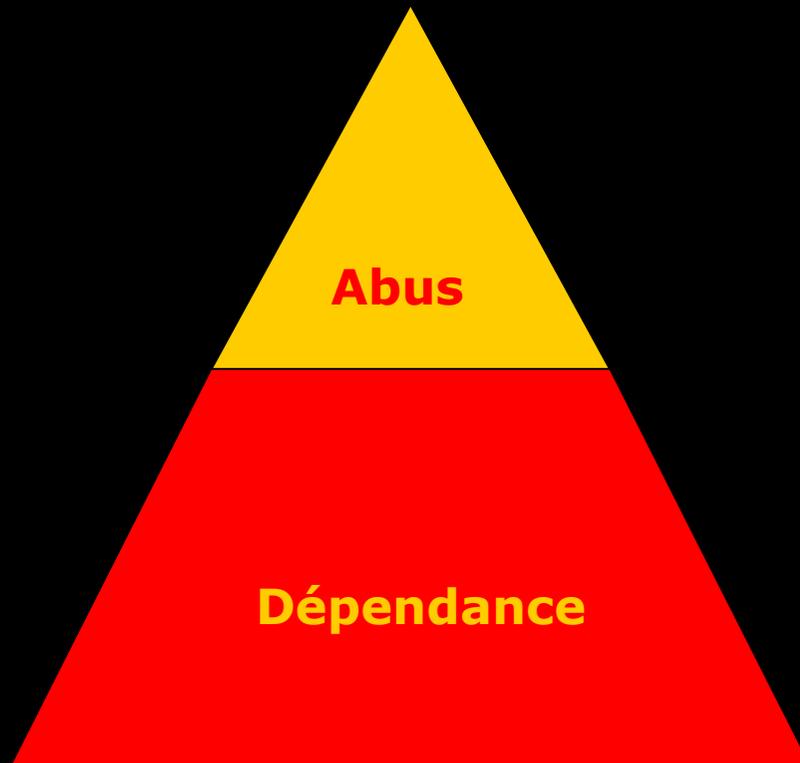
Scientific advances over the past 20 years have shown that drug addiction is a chronic, relapsing disease that results from the prolonged effects of drugs on the brain. As with many other brain diseases, addiction has embedded behavioral and social-context aspects that are important parts of the disorder itself. Therefore, the most effective treatment approaches will include biological, behavioral, and social-context components. Recognizing addiction as a chronic, relapsing brain disorder characterized by compulsive drug seeking and use can impact society's overall health and social policy strategies and help diminish the health and social costs associated with drug abuse and addiction.

affects both the health of the individual and the health of the public. The use of drugs has well-known and severe negative consequences for health, both mental and physical. But drug abuse and addiction also have tremendous implications for the health of the public, because drug use, directly or indirectly, is now a major vector for the transmission of many serious infectious diseases—particularly acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), hepatitis, and tu-



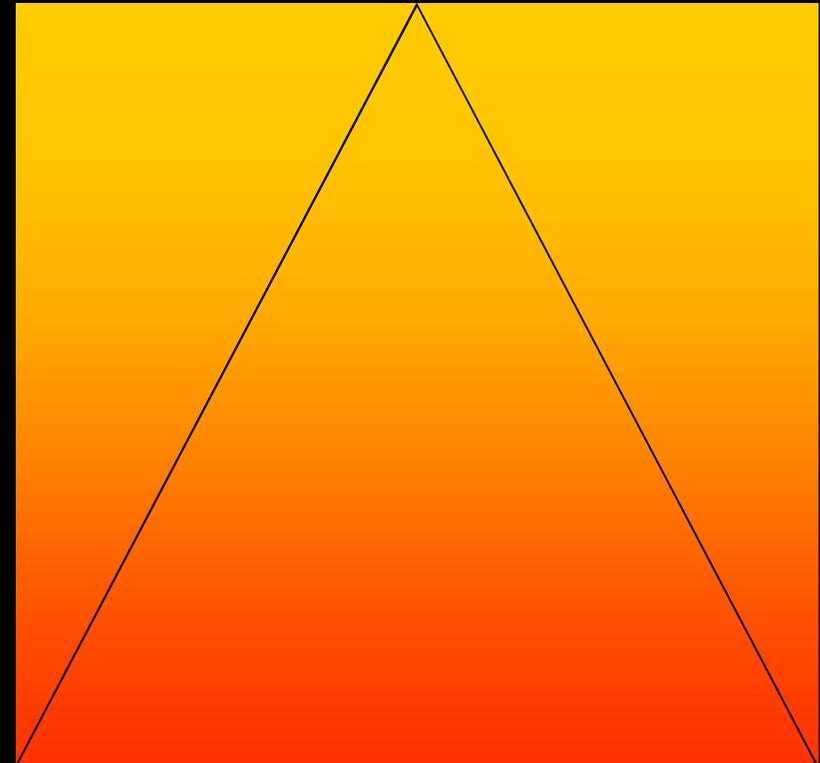
DSM-4

Approche Catégorielle



DSM-5

Approche dimensionnelle



Ce que change le DSM 5

Troubles légers

2 ou 3 critères positifs sur 11

Troubles modérés

4 ou 5 critères positifs sur 11

Troubles sévères

≥ 6 critères positifs sur 11

Critères:

-Obligations professionnelles ou personnelles manquées

-Usage dans les situations dangereuses

-Problèmes interpersonnels

-Tolérance

-Sevrage

-Quantités + importantes

-Sevrage échoue

-Temps perdu

-Activités abandonnées

-Problèmes physiques ou psychologiques

-Craving

~~-Judiciaires~~

PLAN

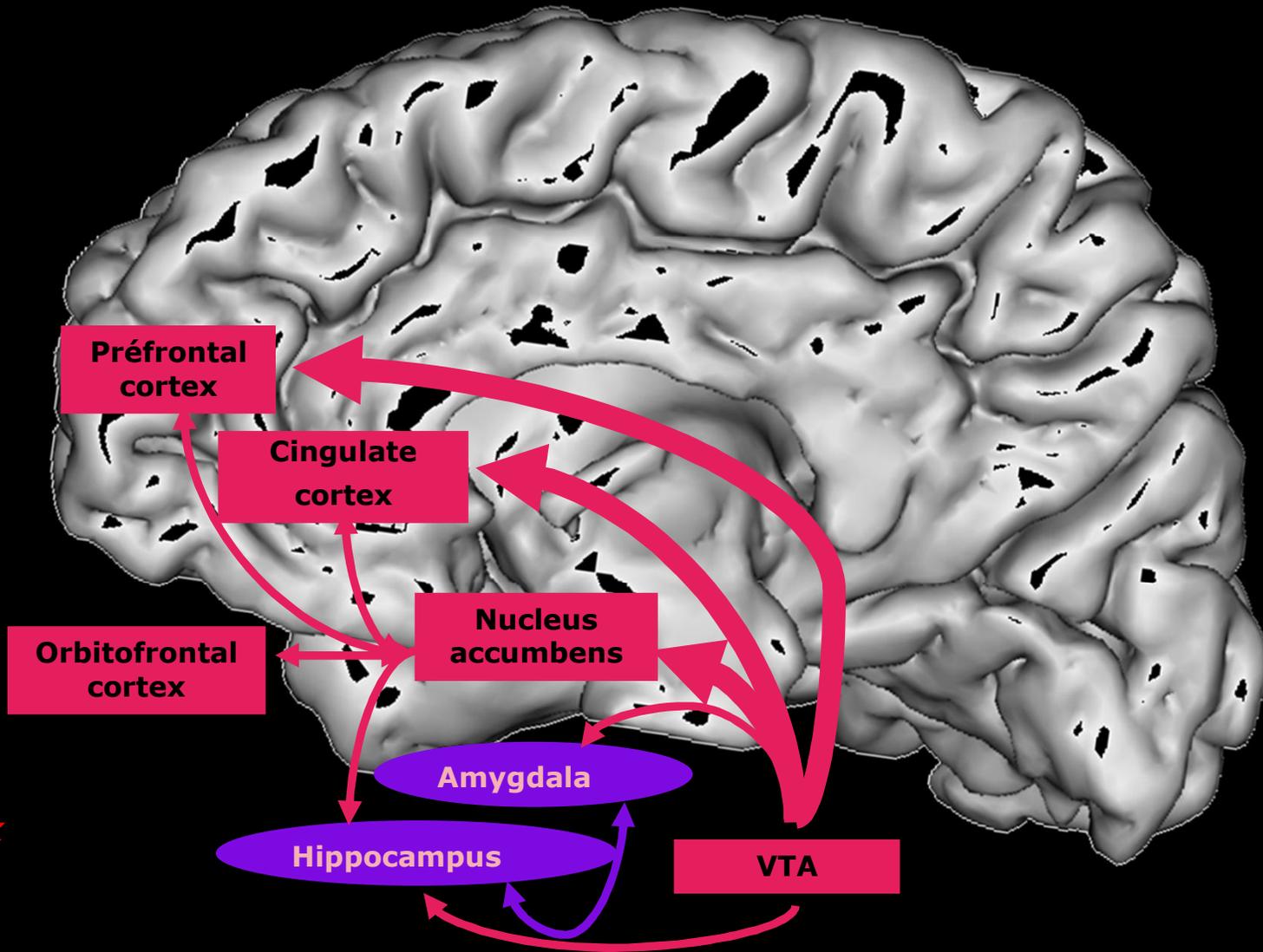
- Y a-t-il un problème?
- **Le concept d'addiction apporte t-il quelque chose à la psychopathologie**
 - ✓ **Modèles de compréhension et neuro-imagerie**
 - ✓ Facteurs de risque et gravité
- Quels troubles psychiatriques
- Comment travailler ensemble?
 - ✓ Evolution du concept et conséquences sur les prises en charge
 - ✓ Comment organiser les dispositifs de soins

Plaisirs, émotions et addictions

- meilleure connaissance des mécanismes neurobiologiques des addictions ➡ meilleure compréhension des mécanismes du plaisir et de la gestion des émotions
- L'addiction : lorsque la sensation remplace l'émotion, la relation et la symbolisation.
- L'addiction : lorsque le besoin l'emporte sur le désir et la demande.
- L'addiction : lorsqu'un objet envahit le champ des plaisirs possibles et devient la stratégie prioritaire et impérieuse pour obtenir du plaisir ou apaiser une tension.
- L'addiction : lorsque la passion l'emporte sur la raison

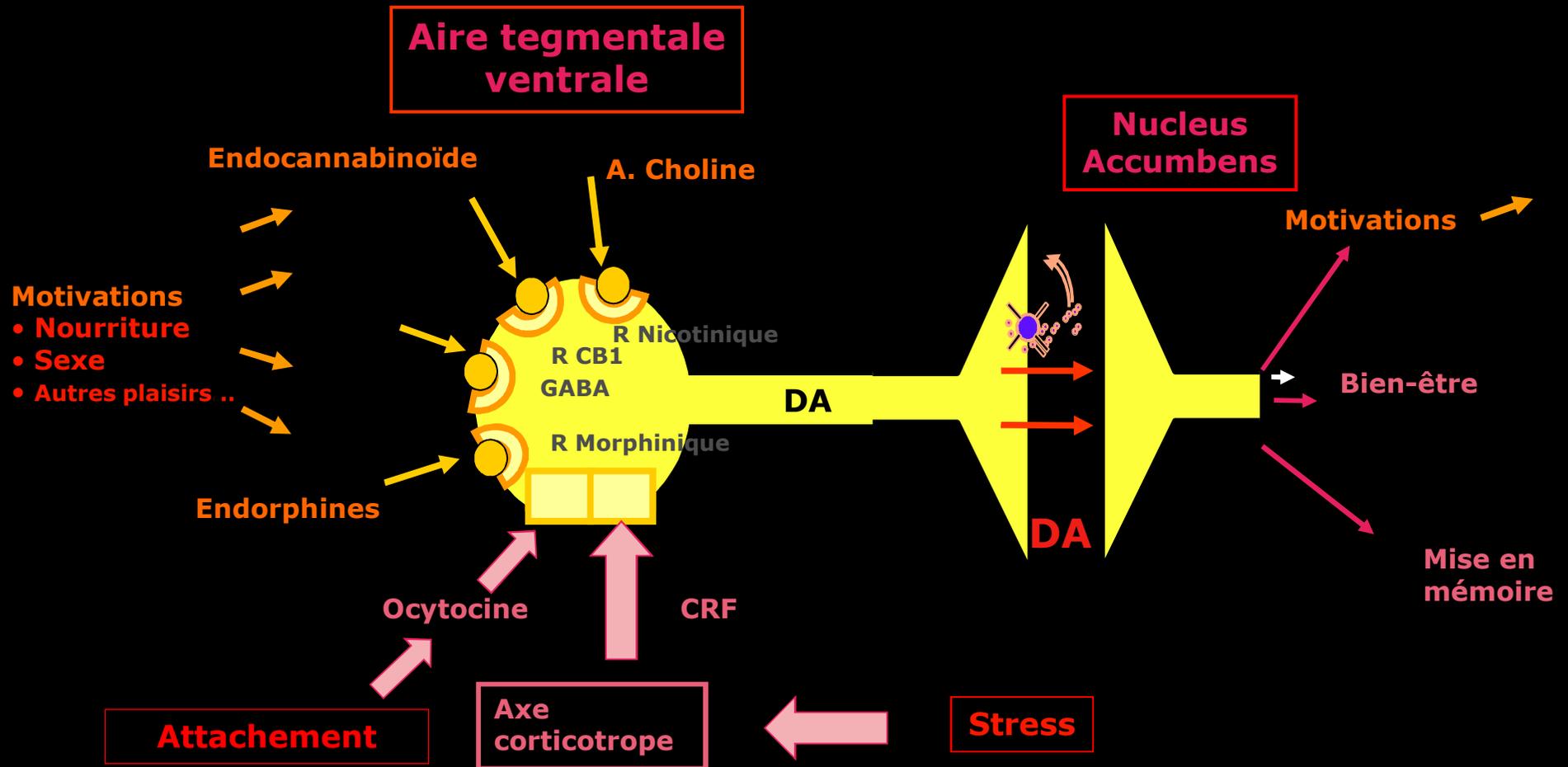
Les circuits dopaminergiques de la motivation, plaisir/souffrance, approche/évitement

- Actions :**
neocortex
- Relations :**
neocortex
- Emotions :**
paleocortex
- Sensations :**
archeocortex

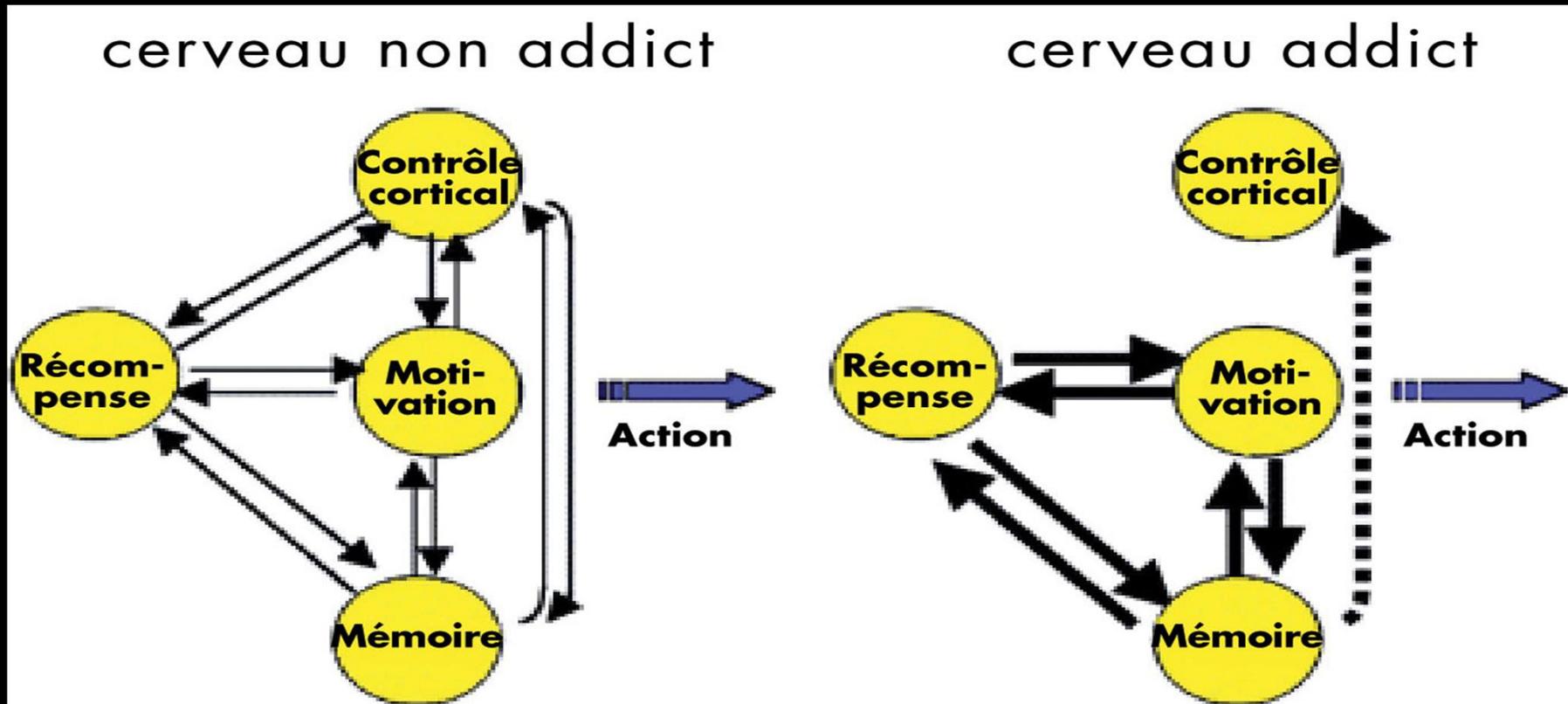


Voies dopaminergiques meso-cortico limbiques

Modulation de la synapse dopaminergique



Cortex préfrontal et élaboration des prises de décision



Volkow J. Clin. Invest 2003 ; 111 : 1444-1451

Chez les patients addicts, la valeur associée au comportement addictif est surévaluée, leur balance décisionnelle perturbée en faveur du comportement addictif.

Les deux circuits de la prise de décisions

▪ Système de prise de décision planifiée :

voies dopaminergiques

- cortex enthorinal
- cortex prélimbique
- striatum ventral
- aire tegmentale ventrale (ATV)
- Hippocampe
- cortex orbito-frontal

Analyse « bénéfice-risque », assez longue, décision flexible

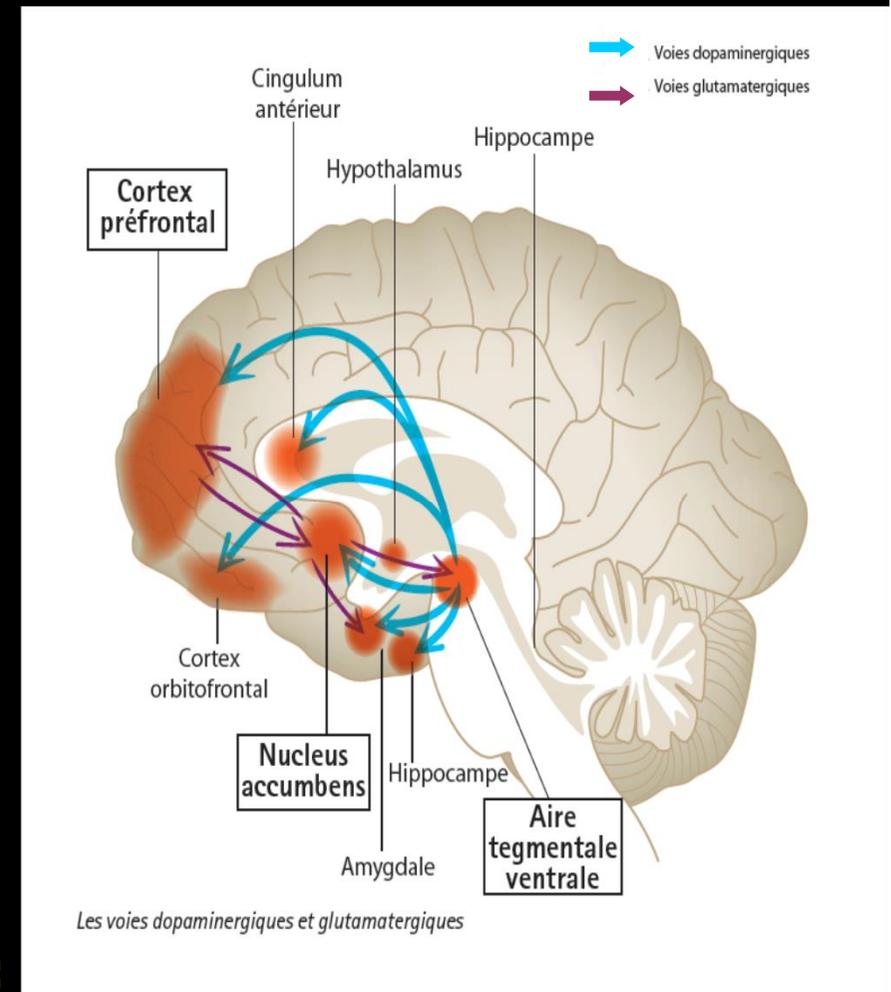
▪ Système de décision automatique :

voies glutamatergiques

- cortex pariétal
- cortex infralimbique,
- striatum dorsal
- substance noire (SN)

Associations stimulus-actions.

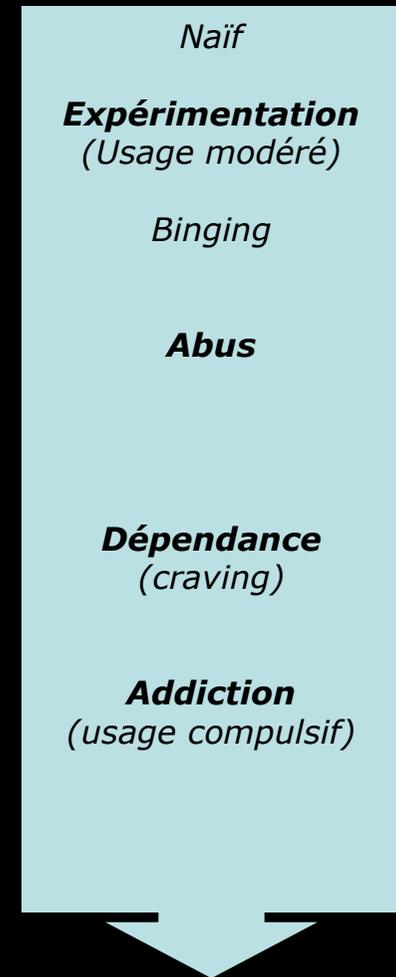
choix rapide, décision peu flexible :



Neurobiologie des addictions

Fonction	Structures cérébrales	Neurotransmetteurs
Déficit de récompense	Aire ventral tégumental (VTA) Noyau accumbens (NAc)	Endorphines (récepteurs μ) Dopamine
Désinhibition Impulsivité	PFCDL ACC	Noradrenalin, 5-HT GABA, glutamate
Conditionnement Craving	NAc (ventral striatum) Amygdale Thalamus Prefrontal cortex (OFC, ACC)	Dynorphines (récepteurs κ) Dopamine CRH* Glutamate
Biais Attentionnel / saillance	OFC VMPFC	Dopamine
Conditionnement	Putamen, Nc caudatus (dorsal striatum)	Dopamine
Sevrage	Locus coeruleus	Noradrenaline, CRH Glutamate

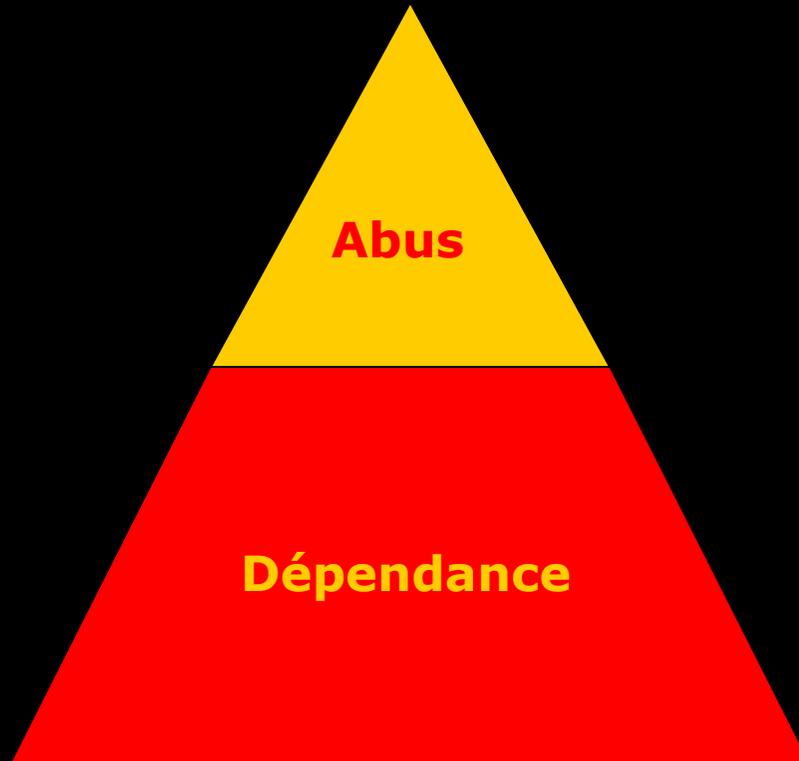
CRH = Corticoid Releasing Hormone



Van Ree. 2002; de Vries & Schippenberg. 2002; Kreek et al. 2002;
Van den Brink. 2006; Volkow. 2004; Koob & Volkow. 2010

DSM-IV

Approche Catégorielle



Où est l'addiction comportementale ?

Aided by brain imaging advances, scientists are looking for evidence that compulsive nondrug behaviors lead to long-term changes in reward circuitry

**'Behavioral' Addictions:
Do They Exist?**

Addiction 2001

DSM-V

Approche dimensionnelle



Addiction comportementale dans le DSM-V

**Shared brain vulnerabilities open the way for
nonsubstance addictions: Carving addiction
at a new joint?**

Joseph Frascella,¹ Marc N. Potenza,² Lucy L. Brown,³ and Anna Rose Childress^{4,5}

Les addictions comportementales

Archeo cortex



Paléo cortex



Néo cortex

- Nourriture
- Sexe
- Sport

- Jeux d'argent
- Jeux en ligne
- Achats

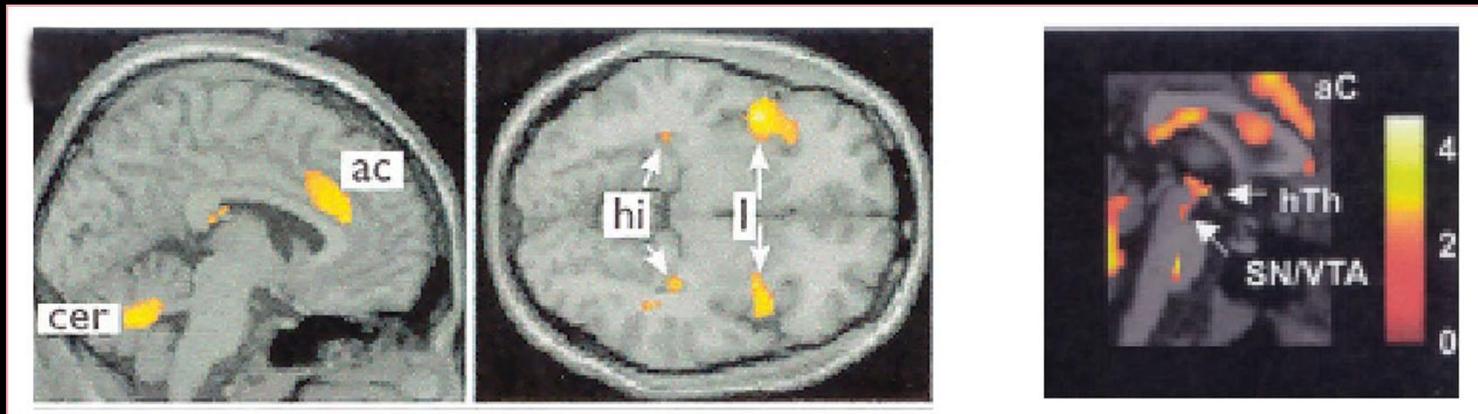
- Passion amoureuse
- Travail-recherche
- Création artistique
- Idéaux politiques et religieux

PASSIONS

ADDICTION



Activation des zones cérébrales par l'amour passionnel



Ac : cingulum antérieur

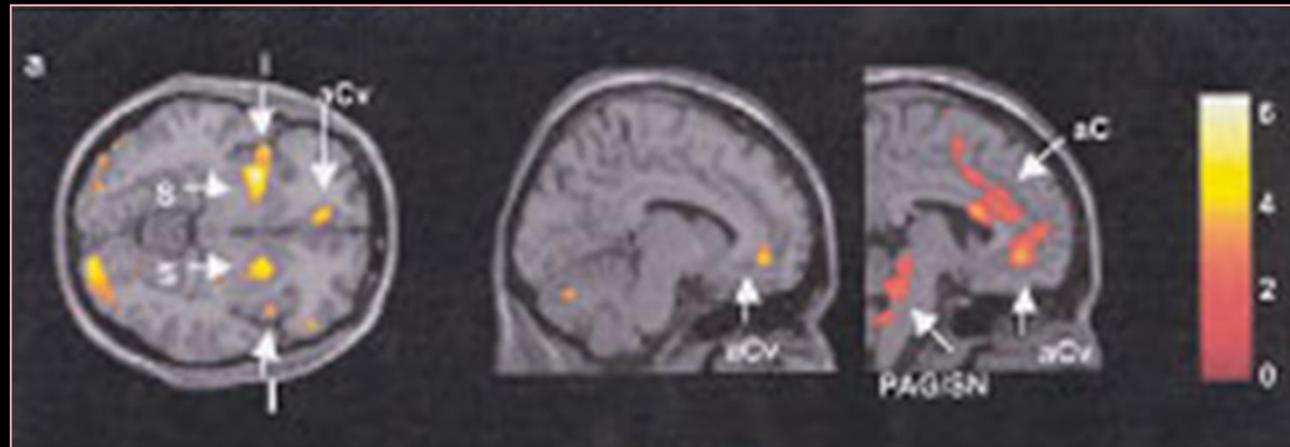
hi : hippocampe

I : insula

hTh = hypothalamus

**SNVTA : substance noire
aire tegmentale ventrale**

Activation des zones cérébrales par l'amour maternel

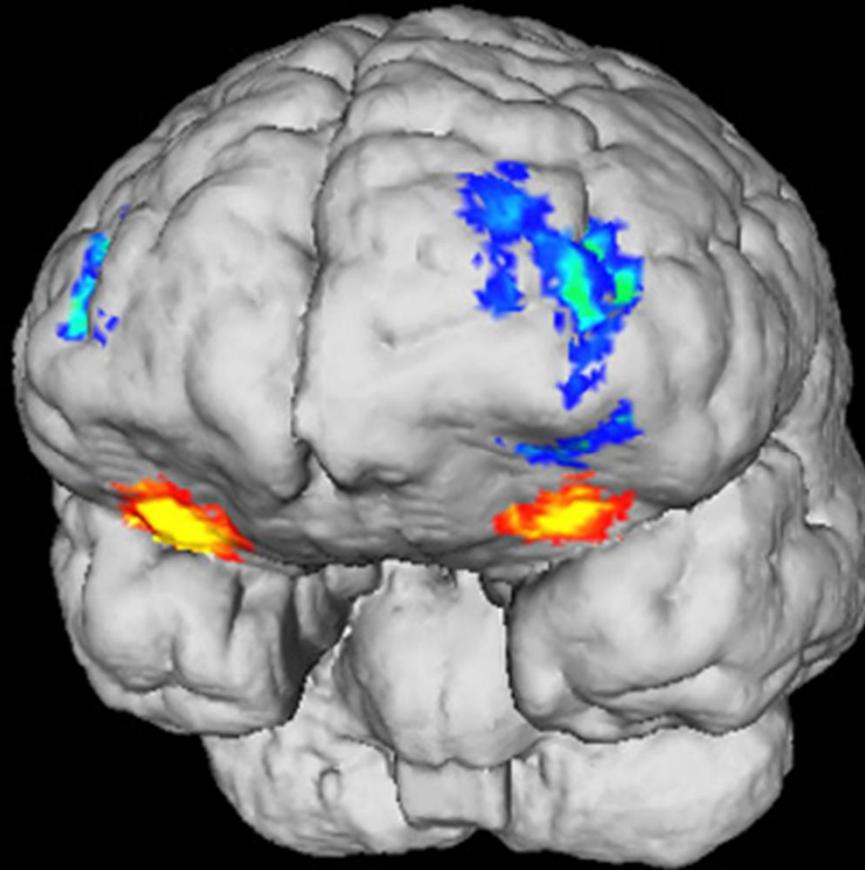


Ac : cingulum antérieur (aCv cingulum antérieur ventral)

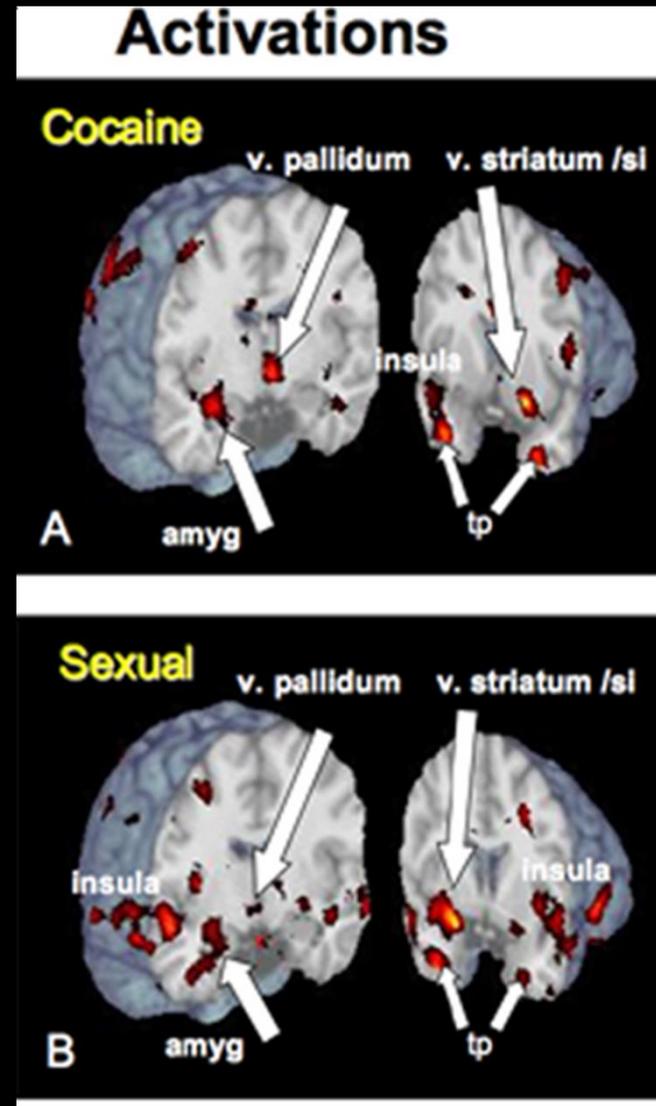
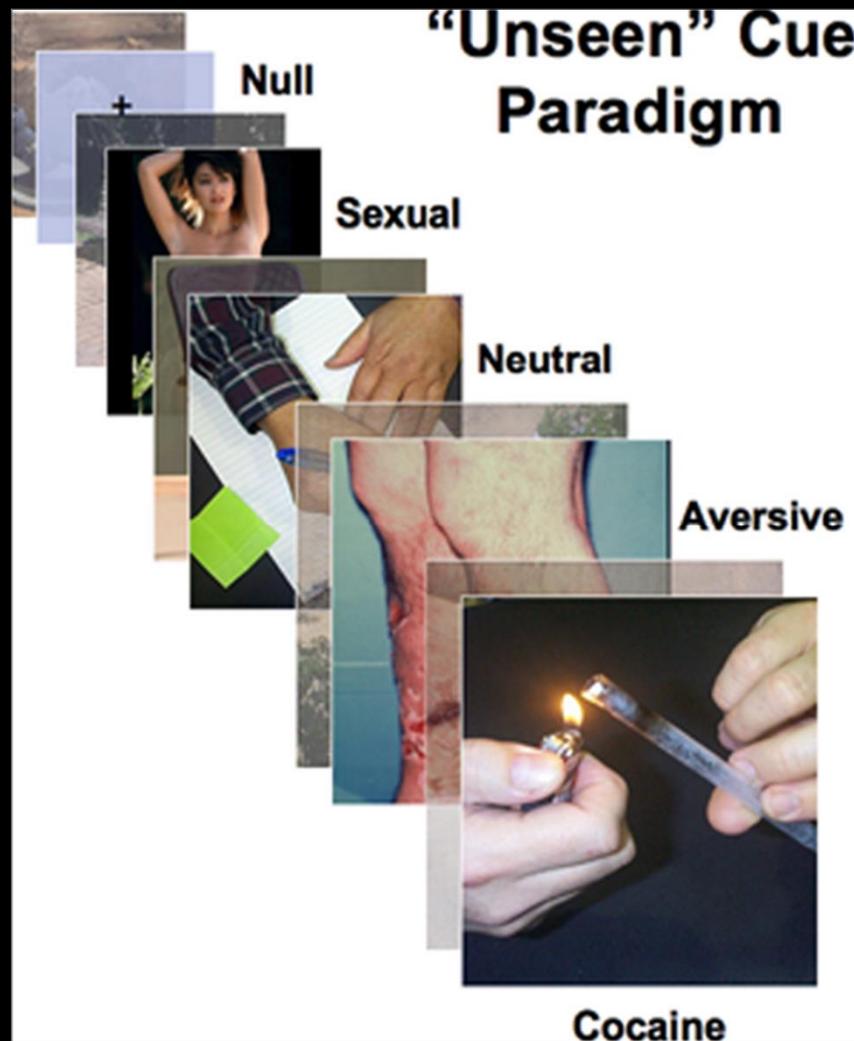
I : insula S : striatum OF : cortex orbito-frontal

Th : thalamus

Sexe et argent : zones cérébrales spécifiques



Prelude to passion: limbic activation by "unseen" drug and sexual cues



PLAN

- Y a-t-il un problème?
- **Le concept d'addiction apporte t-il quelque chose à la psychopathologie**
 - ✓ Modèles de compréhension et neuro-imagerie
 - ✓ **Facteurs de risque et gravité**
- Quels troubles psychiatriques
- Comment travailler ensemble?
 - ✓ Evolution du concept et conséquences sur les prises en charge
 - ✓ Comment organiser les dispositifs de soins

Facteurs de risques des addictions

Interactions : Produit (P) × Individu (I) × Environnement (E)

P = Facteurs de risque liés au Produit

- Dépendance
- Dommages sanitaires aigus
- Dommages sanitaires chroniques
- Statut social du produit

L'environnement facilite l'expérimentation et l'usage

I = Facteurs Individuels (de vulnérabilité et de résistance)

- génétiques
- caractère
- événements de vie
- troubles psychiatriques
- Âge de début

La vulnérabilité individuelle facilite la dépendance

E = Facteurs d'Environnement

- sociaux
 - exposition : disponibilité, attractivité
 - consommation nationale,
 - par âge, sexe, groupe social
- familiaux :
 - fonctionnement familial,
 - consommation familiale

Facteurs de risque Individuels

La présence de traits de personnalité

- Recherche de sensations
- Faible évitement du danger
- Recherche de nouveautés

Sensibilité aux
effets "plaisirs"

- Faible estime de soi
- Réactions émotionnelles
excessives
- Difficultés relationnelles

Sensibilité aux
effets "apaisants"

Facteurs de risques Individuels

Génétique et tempérament

- Gène des récepteurs dopaminergiques :
 - impulsivité et recherche de sensations (Kruger 2002)
 - recherche de plaisirs, vie sexuelle animée (Ben Zion 2006)
 - âge du 1er rapport (Miller 1999)
 - addictions aux produits (Xu 2004)
- Gène des récepteurs à l'ocytocine (hormone de l'attachement) :
 - fidélité et stabilité dans le couple (Walum 2008)
 - addictions aux produits (McGregor 2008)
 - empathie (Rodriguez 2010)
 - réactivité au stress (Rodriguez 2010)

Facteurs Sociaux

Interactions : Produit (P) x Individu (I) x Environnement (E)

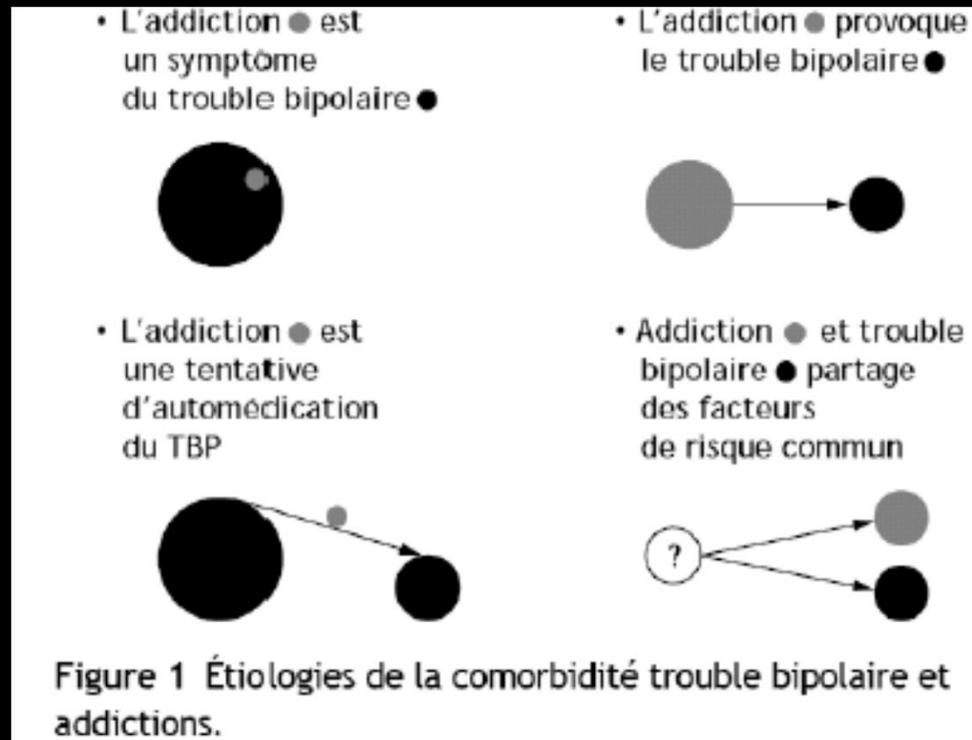
- Fonctionnement des pairs
 - on se comporte comme son groupe social
 - on consomme comme son groupe social
 - l'initiation est liée aux pairs, l'engagement à des facteurs personnels
- Incitation sociale
 - société de consommation
 - plaisir tout de suite
 - marketing identitaire et émotionnel

PLAN

- Y a-t-il un problème?
- Le concept d'addiction apporte t-il quelque chose à la psychopathologie
 - ✓ Modèles de compréhension et neuro-imagerie
 - ✓ Facteurs de risque et gravité
- **Quels troubles psychiatriques**
- Comment travailler ensemble?
 - ✓ Evolution du concept et conséquences sur les prises en charge
 - ✓ Comment organiser les dispositifs de soins

Surreprésentation des troubles addictifs dans le trouble bipolaire

- Hypothèses explicatives:



Aspects cliniques: Caractéristiques des patients

- Âge de début plus précoce¹ (20 vs 26)
- Recherche de sensations²
- Anxiété et recherche de nouveauté³
- Impulsivité⁴, agressivité⁵
- Niveau d'éducation et taux d'activité professionnelle plus faible⁷

/ Winokur et al. 1998;
4/ Swann et al. 2004;

2/ Bizzarri et al. 2007;
5/ Frye & Salloum, 2004;

3/ Feinman & Dunner, 1996;
7/ Lagerberg et al. 2010

Aspects cliniques: Diagnostic

Quand suspecter un trouble TB?

- Consommations massives et épisodiques
- Echec du sevrage
- Forte comorbidité : multi-addictions, troubles anxieux
- Récurrence dépressive élevée
- Conduites suicidaires
- Impulsivité, déshinibitions épisodiques
- Histoire familiale de trouble TB

Cannabis et trouble bipolaire

- Anomalies neuro-anatomiques structurelles¹
- Symptômes psychotiques chez les TB²
- Sévérité accrue de manie³
- Plus de temps en épisodes affectifs et de cycles rapides⁴
- Rémission immédiate /cannabis mais rapidement suivie de récurrences ⁴

Un peu d'histoire...



Schizophrénie et cannabis

L'abus et la dépendance au cannabis sont fréquents en population schizophrène, entre 15 à 40 % ; pour 5,6 à 7,7 % de la population générale.

La fréquence élevée renvoie à plusieurs hypothèses:

- Automédication
- Substance démasque la maladie
- Vulnérabilité commune (génétique, neurobiologique)

Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review

Theresa H M Moore, Stanley Zammit, Anne Lingford-Hughes, Thomas R E Barnes, Peter B Jones, Margaret Burke, Glyn Lewis

Lancet 2007;370: 319-28

Méta-analyse de 35 études (sur 4804),

11 études psychose – cannabis

L'utilisation au cours de la vie augmente le risque de psychose par 40%

(OR = 1,41; IdC 95%: 1,20 – 1,65).

Ce risque augmente de 50 à 200% chez les plus forts consommateurs

(OR = 2,09; IdC 95%: 1,08 – 6,13).

Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis

A Systematic Meta-analysis

Matthew Large, BSc(Med), MBBS, FRANZCP; Swapnil Sharma, MBBS, FRANZCP;
Michael T. Compton, MD, MPH; Tim Slade, PhD; Olav Nielssen, MBBS, MCrim, FRANZCP

- Analyse de 83 études examinant la relation entre les substances psychoactives (SPA) et âge du début des psychoses
- Usagers de cannabis: 2,70 ans plus tôt vs non-usagers
- Usagers de SPA: 2,00 ans plus tôt
- La consommation d'alcool n'avait pas d'impact

If cannabis caused schizophrenia—how many cannabis users may need to be prevented in order to prevent one case of schizophrenia? England and Wales calculations

Matt Hickman¹, Peter Vickerman^{1,2}, John Macleod¹, Glyn Lewis³, Stan Zammit^{3,4}, James Kirkbride⁵ & Peter Jones⁵
Addiction, (2009) 140:1856-1861

- Si on estime que le cannabis est responsable de la survenue de la schizophrénie, pour prévenir un cas, il faut traiter
 - 2800 forts consommateurs âgés de 20-24 ans
 - 4700 forts consommateurs âgés de 35-39 ans
 - 5470 fortes consommatrices entre 25-29 ans
 - 10870 fortes consommatrices entre 35-39 ans
- Les chiffres sont à multiplier par 4-5 chez les faibles consommateurs

Moderation of the Effect of Adolescent-Onset Cannabis Use on Adult Psychosis by a Functional Polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase Gene: Longitudinal Evidence of a Gene X Environment Interaction

Avshalom Caspi, Terrie E. Moffitt, Mary Cannon, Joseph McClay, Robin Murray, HonaLee Harrington, Alan Taylor, Louise Arseneault, Ben Williams, Antony Braithwaite, Richie Poulton, and Ian W. Craig

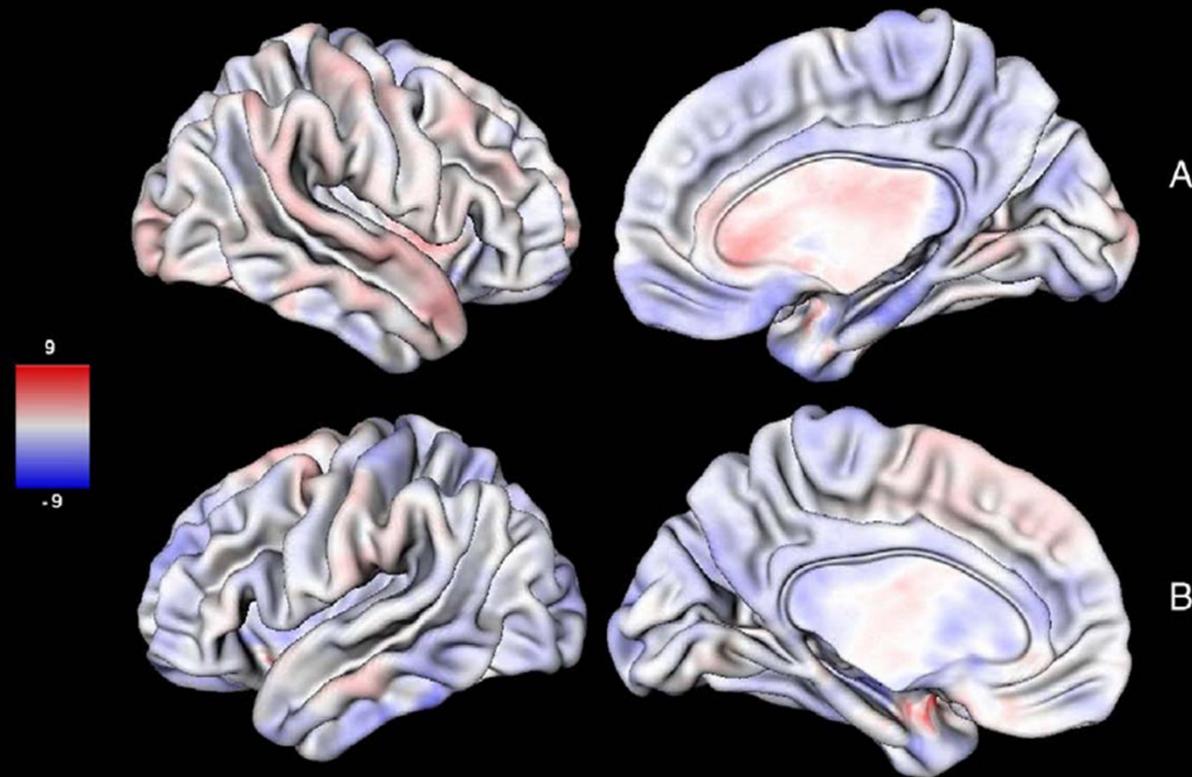
Biol Psychiatry 2005;57;1117-1127

- Étude de l'interaction gène-environnement chez 1037 néo-zélandais
- *COMT*-Allèle Val associé à un plus fort risque de développer une psychose si usage de cannabis
- *COMT*-Allèle Met : pas d'augmentation du risque de psychose

Cannabis use and progressive cortical thickness loss in areas rich in CB1 receptors during the first five years of schizophrenia

European Neuropsychopharmacology (2010) 20, 855–865

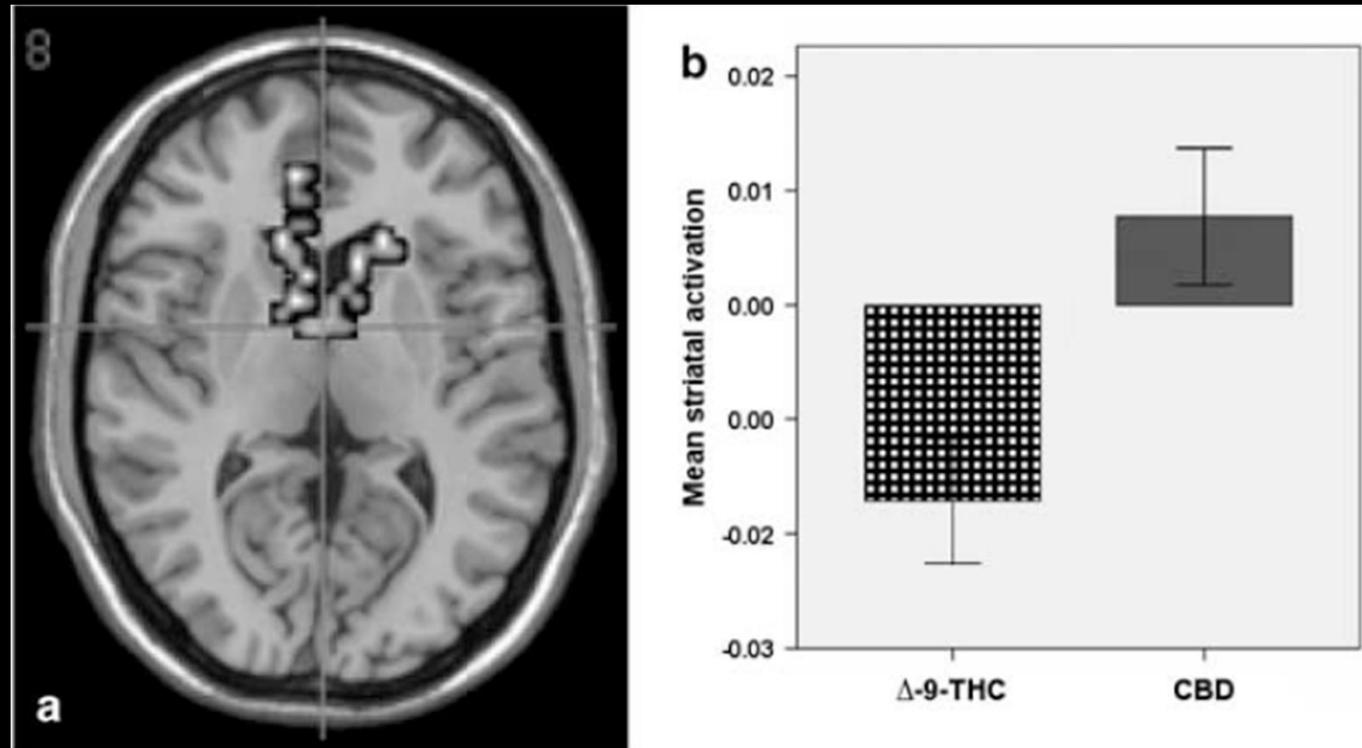
Monica Rais, Neeltje E.M. van Haren, Wiepke Cahn, Hugo G. Schnack, Claude Lepage, Louis Collins, Alan C. Evans, Hilleke E. Hulshoff Pol, René S. Kahn



Les régions corticales ayant les plus fortes densités de récepteurs CB1 sont les plus amincies chez les schizophrènes consommateurs de cannabis versus les non-consommateurs (après 5 ans d'évolution de la maladie)

Opposite Effects of Δ -9-Tetrahydrocannabinol and Cannabidiol on Human Brain Function and Psychopathology

Sagnik Bhattacharyya¹, Paul D Morrison², Paolo Fusar-Poli^{1,3}, Rocio Martin-Santos^{1,4}, Stefan Borgwardt^{1,5}, Toby Winton-Brown¹, Chiara Nosarti⁶, Colin M O' Carroll⁷, Marc Seal⁸, Paul Allen¹, Mitul A Mehta⁹, James M Stone¹, Nigel Tunstall², Vincent Giampietro¹⁰, Shitij Kapur¹¹, Robin M Murray², Antonio W Zuardi^{12,13}, José A Crippa^{12,13}, Zerrin Atakan¹ and Philip K McGuire¹

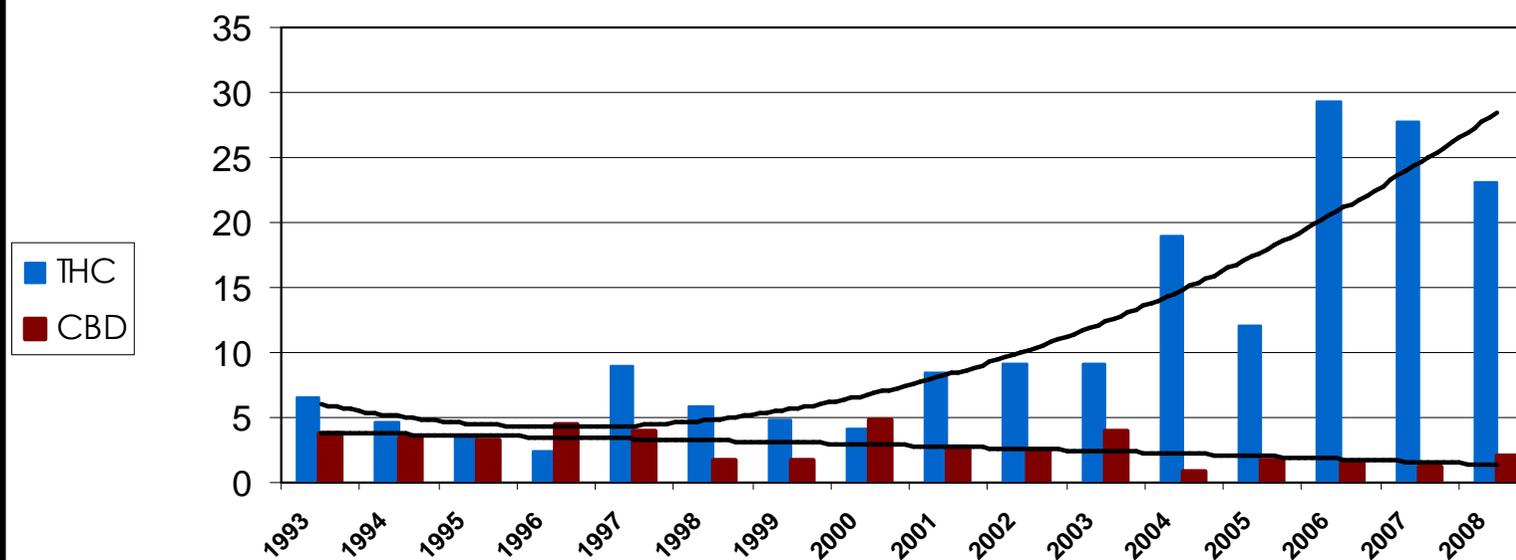




Potency Trends of Δ^9 -THC and Other Cannabinoids in Confiscated Cannabis Preparations from 1993 to 2008*

Zlatko Mehmedic,¹ M.Sc.Pharm.; Suman Chandra,¹ Ph.D.; Desmond Slade,¹ Ph.D.; Heather Denham,¹ B.A.; Susan Foster,¹ B.A.; Amit S. Patel,^{2,3} Ph.D.; Samir A. Ross,^{1,4} Ph.D.; Ikhlas A. Khan,^{1,4} Ph.D.; and Mahmoud A. ElSohly,^{1,5} Ph.D.

Echantillons de résine de cannabis USA (n = 464)



Cocaïne : complications

- PSYCHIATRIQUES:
 - Pharmacopsychose, paranoïa
 - Anxiété
 - Dépression
 - Troubles cognitifs
 - Aggravation de la schizophrénie
- SOMATIQUES :
 - ORL
 - Douleurs thoraciques (Infarctus du myocarde, angor..)HTA
 - AVC, épilepsie
 - Infections (VIH, VHB, VHC)

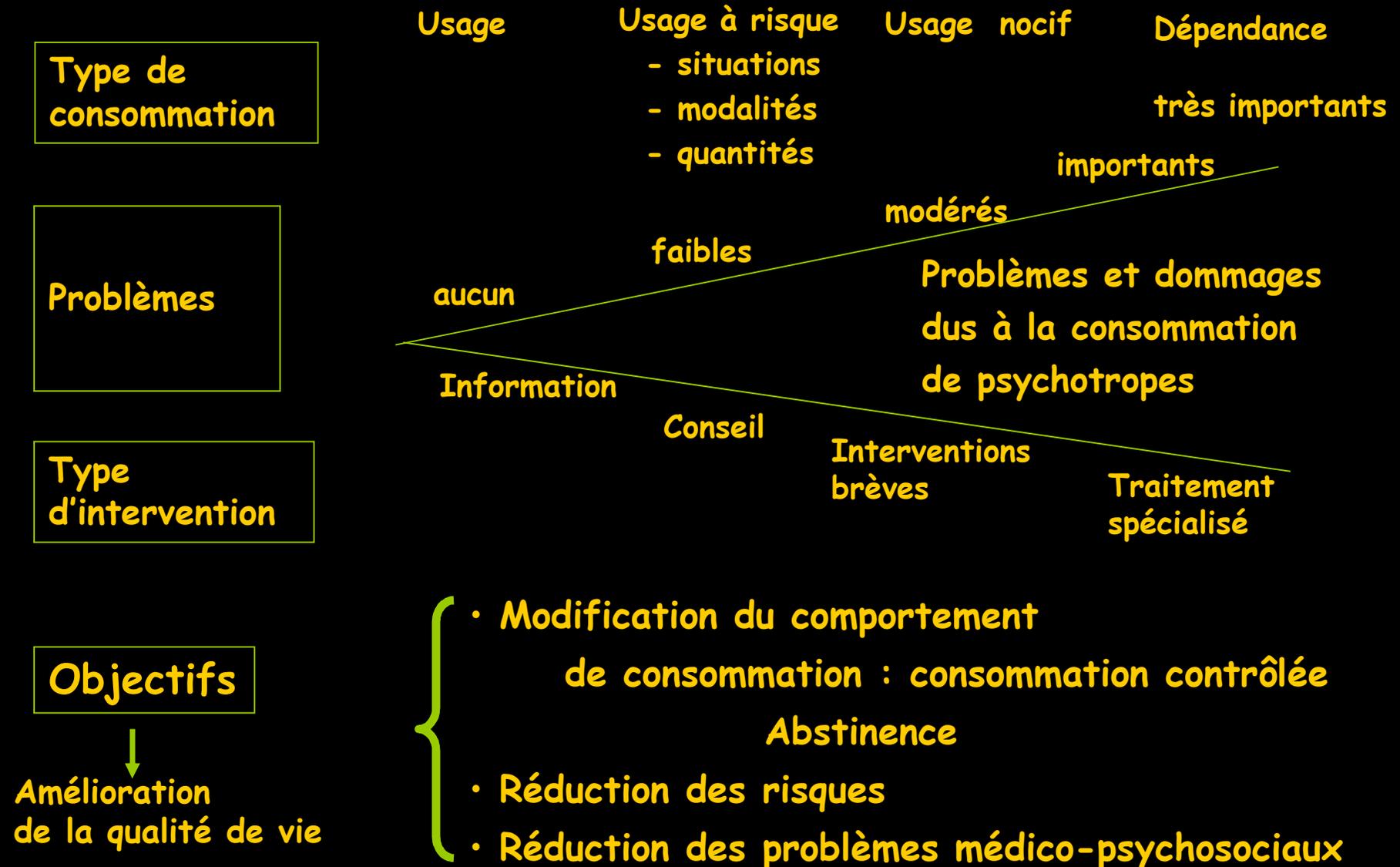
Cocaïne et dépression

- Prévalence vie entière des épisodes dépressifs majeurs : 25 à 61%
- Nécessaire de savoir si l'épisode dépressif est secondaire à la prise de produit (indépendant) ou primaire.
- Dépression comorbide : conséquences négatives dans l'engagement et le succès thérapeutique

PLAN

- Y a-t-il un problème?
- Le concept d'addiction apporte t-il quelque chose à la psychopathologie
 - ✓ Modèles de compréhension et neuro-imagerie
 - ✓ Facteurs de risque et gravité
- Quels troubles psychiatriques
- **Comment travailler ensemble?**
 - ✓ **Evolution du concept et conséquences sur les prises en charge**
 - ✓ Comment organiser les dispositifs de soins

Prise en charge des consommations pathologiques



Dans les cas les plus sévères

- Dépendance et troubles graves de la personnalité et/ou troubles psychiatriques :
 - Probabilité importante de sortie de traitement
 - Efficacité réduite du traitement
 - Difficultés pour établir une alliance thérapeutique

 Syndrome de "la porte tournante".

Les traitements intégrés

Principes

- Un clinicien référent
- Empathique, disponible et accessible
- La confiance, la compréhension et l'apprentissage sont privilégiés
- Adopter une perspective de guérison
- Stades de changement progressif → planifier une continuité des soins
- Approche par étape : en phase avec le stade de changement
- Approche globale : problèmes de santé, familiaux, professionnel, légaux et sociaux
- Utiliser les réseaux de soutien

Traitement intégré

- Combinaison de traitements pharmacologiques et de techniques psychothérapeutiques
- Prise en charge à la fois du trouble psychiatrique et addictif
- Efficacité supérieure au traitement séquentiel ou en parallèle
- Réduction de la consommation quand dépression bien traitée

Programmes intégratifs

- Sur plusieurs années
- Personnel formé :
 - aux techniques de motivation au changement
 - aux techniques de groupe
 - aux techniques de résolution de problèmes et d'affirmation de soi
 - aux techniques de maintien de l'abstinence et de prévention des rechutes

Place de la psychanalyse

Peu d'efficacité de la cure type

- Caractère inadapté de la neutralité et de l'absence de prise en compte du contrôle du symptôme
- Risque de recrudescence des conduites addictives face à des interprétations anxiogènes
- Clivage qui met hors thérapie les éléments conflictuels essentiels
- Pervertisation : lien sous emprise protégeant de l'angoisse de séparation, sans effets mobilisateurs ni travail d'intériorisation

Place de la psychanalyse

Mais la psychanalyse aide à comprendre la vulnérabilité aux addictions

- Impact des expériences infantiles précoces dans le développement des troubles psychopathologiques
 - Importance des troubles émotionnels et des conflits interpersonnels comme facteurs précipitants des rechutes et des conduites de craving
 - La dépendance : échec des processus d'attachement, protection contre ces angoisses de perte et de séparation, le produit est perçu comme une « base de sécurité »
- ➔ Privilégier la notion de fonctionnement à celle de structure

Place de la psychanalyse

Compréhension de « ce qui se joue » dans la relation thérapeutique

- Intensité des mouvements et enjeux relationnels
- Alternance de mouvements contradictoires
- Réponses en miroir reflet des modalités du fonctionnement psychique addictif

 Compréhension des aléas de la relation dans un ensemble cohérent

Une politique de réduction pragmatique des dommages

- Consommations de produits psychoactifs inhérentes à la condition humaine.
Illusoire donc de vouloir les faire disparaître.
- **Ce sont les abus et les dommages entraînés par ces pratiques et les conditions de leur développement qu'il faut viser.**
- La « réduction des dommages » est une **donnée objective, perceptible, évaluable.**
- Les mesures proposées sont basées sur des preuves scientifiques.
- Agir sur les trois déterminants des addictions :
 - **Agir pour diminuer la dangerosité des différents produits ou comportements addictifs**
 - **Agir sur les populations les plus vulnérables et les situations à risque**
 - **Agir sur les déterminants sociaux, culturels et économiques**

Une politique de réduction pragmatique des dommages

3 changements majeurs

1. La réduction des dommages implique un « nouveau référentiel de santé publique »

a. Une autre philosophie du soin

- Partir de la demande de l'utilisateur, s'y adapter et l'accompagner, tous les changements positifs sont considérés comme des succès : réduire les consommations, consommer en prenant moins de risques, gérer ses prises de produits, devenir abstinent sont autant d'objectifs d'amélioration et de réduction des dommages.
- Offrir une approche graduée : éventail de possibilités, parmi lesquelles les usagers peuvent choisir

PLAN

- Y a-t-il un problème?
- Le concept d'addiction apporte t-il quelque chose à la psychopathologie
 - ✓ Modèles de compréhension et neuro-imagerie
 - ✓ Facteurs de risque et gravité
- Quels troubles psychiatriques
- **Comment travailler ensemble?**
 - ✓ Evolution du concept et conséquences sur les prises en charge
 - ✓ **Comment organiser les dispositifs de soins**

Comment organiser au mieux les dispositifs de soins pour ces patients?

- Le secteur, crée en 1960, pour prendre en charge « les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie »
- Dispositif médico-social pour lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie, fléaux sociaux
- Plan gouvernemental 2007/2012 et le Rapport Coutry
- Plan « santé mentale » et plan gouvernemental 2013/2017

Améliorer la coordination entre addictologie et psychiatrie

- Définir les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie et planification régionale des ces articulations
- Prise en charge structurée des patients ayant des troubles addictifs dans les établissements de santé Psychiatrique
 - Une ELSA dans tous les établissements psychiatriques
 - Créer ou consolider des lits d'addictologie de niveau II, ciblés pour les comorbidités psychiatriques
 - SSR addictologiques spécialisés dans les problèmes cognitifs
 - Structure de niveau III

Conclusion

- L'étude de la neurobiologie des addictions offre des occasions de mieux comprendre le fonctionnement cérébral chez l'être humain.
- L'étude des processus neurophysiologiques lors de la prise de certaines substances psychoactives peut avancer la compréhension des troubles mentaux comme la schizophrénie et la dépression.
- Mieux comprendre ces processus pourrait ouvrir les voies thérapeutiques et préventives de la maladie addictive et les troubles mentaux.