



République algérienne démocratique et populaire
Université KASDI Merbah d'OUARGLA
Faculté de Médecine d'Ouargla
Département de Médecine



***SCHIZOPHRENIE ET TOXICOMANIE, ETUDE DESCRIPTIVE CHEZ LES
PATIENTS SCHIZOPHRENES HOSPITALISES AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
HDEB OUARGLA***

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme docteur en médecine

Présenté par :

MERAGHNI Mohammed Amine

ZEHOU Mammar

Encadré par :

Docteur **BAIT Soumiya**

Maitre de conférences B en psychiatrie

Faculté de médecine Ouargla

Composition de jury :

Pr BOUAZIZ Hocine	Président	Maitre de conférences A en épidémiologie	Faculté de médecine et de pharmacie - Ouargla
Dr TAHRI Ramzi	Membre	Maitre-assistant en psychiatrie	HMRU - Ouargla
Dr BELHADJ Nadjiba	Membre	Assistante en psychiatrie	EHS de psychiatrie Hdeb - Ouargla

Année Universitaire

2023-2024





République algérienne démocratique et populaire

Université KASDI MERBAH d'OUARGLA

Faculté de Médecine d'Ouargla

Département de Médecine



***SCHIZOPHRENIE ET TOXICOMANIE, ETUDE DESCRIPTIVE CHEZ LES
PATIENTS SCHIZOPHRENES HOSPITALISES AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
HDEB OUARGLA***

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme docteur en médecine

Présenté par :

MERAGHNI Mohammed Amine

ZEHOU Mammam

Encadré par :

Docteur **BAIT Soumiya**

Maitre de conférences B en psychiatrie

Faculté de médecine Ouargla

Composition de jury :

Pr BOUAZIZ Hocine	Président	Maitre de conférences A en épidémiologie	Faculté de médecine et de pharmacie - Ouargla
Dr TAHRI Ramzi	Membre	Maitre-assistant en psychiatrie	HMRU - Ouargla
Dr BELHADJ Nadjiba	Membre	Assistante en psychiatrie	EHS de psychiatrie Hdeb - Ouargla

Année Universitaire

2023-2024



REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis, en avant-propos, d'exprimer toute nos gratitude et d'adresser nos vifs remerciements : À notre directeur de mémoire :

Dr BAIT Soumiya

Pour avoir accepté d'encadrer ce travail et de nous avoir fait confiance, pour votre patience, vos orientations et vos précieux conseils, pour nous avoir enrichie sur les plans scientifique, méthodologique et professionnel, pour nous avoir permis de tirer profit, de votre savoir scientifique, de vos qualités professionnelles et de vos valeurs humaines, pour le maitre émérite que vous êtes.

À nos maîtres et juges de mémoire,

Pr BOUAZIZ Hocine

Maitre de conférences A en épidémiologie

Dr TAHRI Ramzi

Maitre-assistant en psychiatrie

Dr BELHADJ Nadjiba

Assistante en psychiatrie

Vous nous faites un grand honneur en acceptant avec une très grande amabilité de siéger à notre jury de mémoire.

Veillez, cher maître, d'accepter ce travail en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder prospérité et bonheur, et vous assister dans la réalisation de vos projets

DEDICACES

Mes premières pensées vont vers nos chers parents que nous ne remercierions jamais assez pour tout ce qu'ils nous ont apporté en éducation et en affection.

Merci d'avoir cru en nous,

Merci de nous avoir transmis les valeurs de la vie,

Que Dieu vous garde.

A mes chers frères et sœurs

Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études,

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

Que dieu nous unisse à jamais.

Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.

A ma famille

Qui font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et leurs grands cœurs.

Qu'elles trouvent ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour leur inlassable soutien

Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A mes professeurs

De lycée Hali Abdelkarim Guemar

De faculté de médecine et de pharmacie Ouargla

Vous m'avez éduqué et enseigné depuis mon plus jeune âge.

Chacun de vous m'a appris un jour une lettre ou un mot.

C'est par vos cours et votre instruction que j'ai gravi les échelons de la vie

C'est par les mots que vous m'avez appris que je rédige aujourd'hui ce mémoire,

Peut-être vous n'êtes pas aujourd'hui ici,

Mais mes pensées sont à vous,

Mes chers professeurs !

À tous ceux qui m'ont soutenu dans l'élaboration de ce travail, plus particulièrement,

*Aux équipes de l'EHS HDEB Ouargla : merci de votre bonne humeur, de vos échanges au sujet
des patients, des moments partagés.*

Merci à tous les patients interrogés pour votre temps et votre disponibilité.

A toute l'équipe médicale et paramédicale de l'hôpital Mohammed Boudiaf Ouargla.

LISTE DES ABREVIATIONS :

ATCDS : Antécédents

DSM 5 : Manuel de classification des troubles mentaux

EHS : Établissement hospitalière spécialisé

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

HTA : Hyper Tension Artériel

IBM : International Business Machines Corporation

OMS : Organisation Mondial de la Santé

SPA : Substance psychoactive

SPSS : Statistical Product and Service Solutions

THC : Tétrahydrocannabinol

TS : Tentative de suicide

LISTE DES TABLEAUX :

<i>Tableau 1 Répartition des schizophrènes selon les tentatives de suicides</i>	56
Tableau 2 Répartition des patients selon l'âge de début de la consommation toxique.....	62
Tableau 3 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie.....	66
Tableau 4 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge	69
Tableau 5 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le sexe	71
Tableau 6 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle	72
Tableau 7 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le niveau d'instruction	73
Tableau 8 Corrélation entre l'usage des SPA et le statut marital	74
Tableau 9 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'origine géographique.....	75
Tableau 10 Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux et es antécédents personnels médicaux.....	76
Tableau 11 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire	77
Tableau 12 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les tentatives de suicides.....	78
Tableau 13 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides.....	78
Tableau 14 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des hospitalisations en psychiatrie	79
Tableau 15 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques.....	81
Tableau 16 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques :	82
Tableau 17 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge de début de la schizophrénie	83
Tableau 18 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge de début de la schizophrénie	84
Tableau 19 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le type de la schizophrénie ..	86
Tableau 20 Tableau récapitulatifs des donnés des analyses bivariés.....	87
Tableau 21 Tableau récapitulatifs des donnés des analyses bivariés des variables quantitatives ...	88

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique retenu	7
Figure 2 Changement dans la section sur les troubles liés à une substance dans DSM V.....	20
Figure 3 Répartition des schizophrènes selon le sexe.....	50
Figure 4 Répartition des schizophrènes selon les tranches d'âge	51
Figure 5 Répartition des schizophrènes selon l'âge avec la moyenne	51
Figure 6 Répartition des schizophrènes selon le statut marital.....	52
Figure 7 Répartition des schizophrènes selon le niveau d'instruction.....	53
Figure 8 Répartition des schizophrènes selon l'activité professionnelle	53
Figure 9 Répartition des schizophrènes selon le lieu de la résidence	54
Figure 11 Répartition des schizophrènes selon les antécédents judiciaires	55
Figure 12 Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels médicaux.....	55
Figure 13 Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels psychiatriques	56
Figure 14 Répartition des schizophrènes selon le nombre des tentatives de suicide.....	57
Figure 15 Répartition des schizophrènes selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie	57
Figure 16 Répartition des schizophrènes selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie avec la moyenne.....	58
Figure 17 Répartition des schizophrènes selon les antécédents psychiatriques familiaux	59
Figure 18 Répartition des patients selon les antécédents toxiques familiaux.....	59
Figure 19 Répartition des schizophrènes selon la substance toxique consommée par la famille	60
Figure 20 Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels toxiques.....	61
Figure 21 Répartition des schizophrènes selon le toxique consommé	62
Figure 22 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la consommation toxique.....	63
Figure 23 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la consommation toxique avec la moyenne.....	63
Figure 24 Répartition des patients selon la façon de la consommation toxique	64
Figure 25 Répartition des patients selon l'accessibilité de la substance toxique.....	65
Figure 26 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon les effets recherchés de la consommation toxique	65
Figure 27 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie	66
Figure 28 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie avec la moyenne.....	67
Figure 29 Répartition des schizophrènes selon le type de la schizophrénie	67
Figure 30 Répartition des schizophrènes la durée entre l'âge de début de la prise toxique et la schizophrénie avec la moyenne	68
Figure 31 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'antériorité de l'usage de la substance toxique par rapport à la schizophrénie	69
Figure 32 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'âge avec la moyenne	70
Figure 33 Répartition des schizophrènes non usagers des SPA selon l'âge avec la moyenne	70
Figure 34 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le sexe.....	71
Figure 35 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle.....	72
Figure 36 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le niveau d'instruction.....	73
Figure 37 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le statu marital.....	74
Figure 38 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'origine géographique	75

Figure 39 Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux et es antécédents personnels médicaux	76
Figure 40 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire	77
Figure 41 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides.....	79
Figure 42 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie avec la moyenne	80
Figure 43 Répartition des schizophrènes non usagers des SPA selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie avec la moyenne	80
Figure 44 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques	81
Figure 45 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques	83
Figure 46 Répartition des schizophrènes usager des SPA selon l’âge de début de la schizophrénie avec la moyenne	84
Figure 47 Répartition des schizophrènes non usager des SPA selon l’âge de début de la schizophrénie avec la moyenne	85
Figure 48 Répartition des patients selon le type de la schizophrénie et en fonction des antécédents personnels toxiques	86

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	II
DEDICACES	III
LISTE DES ABREVIATIONS :	V
LISTE DES TABLEAUX :	VI
LISTE DES FIGURES :	VII
RESUME :	XIV
ABSTRACT:	XV
ملخص	XVI
1) Introduction :	1
2) Intérêt de sujet et objectifs :	2
2.1) Objectifs :	3
2.1.1) Objectif principal :	3
2.1.2) Objectifs spécifiques :	3
3) Généralité sur la schizophrénie	5
3.1) Introduction/ Définition :	5
3.1.1) Trouble psychotique induit par une substance ou dû à une autre affection médicale : ..	6
3.2) Historique :	6
3.3) Epidémiologie :	7
3.4) Diagnostique clinique :	7
3.5) Etiopathogénie :	9
3.5.1) Facteurs génétiques :	10
3.5.2) Hypothèses neurobiologiques :	10
3.6) Mécanismes :	10
3.6.2) Facteurs environnementaux :	11
3.6.3) Microbiote :	11
3.6.4) Epigénétique :	12
3.6.5) Réaction immunitaire du fœtus :	12
3.6.6) Obstétricaux :	12
3.6.7) Facteurs sociologiques :	12
3.6.8) Milieu urbain :	12
3.6.9) Hypothèse neurodéveloppementale :	12

3 . 6 . 10)	Hypothèse virale :	13
3 . 7)	Les modalités évolutives de la schizophrénie :	13
3 . 8)	Diagnostic différentiel :	13
3 . 8 . 1)	Les causes organiques :	14
3 . 8 . 2)	Les causes toxiques et médicamenteuses :	14
3 . 8 . 3)	Les causes psychiatriques :	14
3 . 9)	Comorbidités :	14
3 . 10)	Prise en charge de la schizophrénie :	15
3 . 10 . 1)	Prise en charge biologique :	15
3 . 10 . 2)	Techniques psychothérapeutiques :	15
3 . 10 . 3)	Éléments de surveillance des antipsychotiques :	16
4)	Généralité sur la toxicomanie :	18
4 . 1)	Définition :	18
4 . 2)	L'ampleur du problème : À l'échelle mondiale :	18
4 . 3)	Diagnostic :	19
4 . 3 . 1)	Critères diagnostic de troubles de l'usage de substance : DSM V	19
4 . 4)	Classification des drogues :	21
4 . 4 . 1)	A. Les perturbateurs :	22
4 . 4 . 2)	Les stimulants :	24
4 . 4 . 3)	Les Dépresseurs :	29
4 . 5)	La prise en charge :	31
4 . 5 . 1)	Prise en charge des complications :	31
4 . 5 . 2)	Cure de sevrage : a donc une utilité double :	32
4 . 5 . 3)	Postcure :	32
4 . 6)	Prévention :	33
4 . 6 . 1)	Prévention primaire :	33
4 . 6 . 2)	Prévention secondaire :	33
4 . 6 . 3)	Prévention tertiaire :	33
5)	Comorbidité : schizophrénie et toxicomanie	35
5 . 1)	Introduction :	35
5 . 2)	Les trois modèles d'interaction entre addiction et schizophrénie	35
5 . 2 . 1)	Hypothèse de l'automédication	35
5 . 2 . 2)	Les abus de substances provoqueraient la schizophrénie	38
5 . 2 . 3)	Facteurs génétiques communs	39

6)	Matériels et méthodes	42
6.1)	Type d'étude :	43
6.2)	Description de lieu d'étude :	43
6.3)	Durée de recrutement :	43
6.4)	La population d'étude :	43
6.5)	Critères d'éligibilité :	43
6.5.1)	Critères d'inclusion :	43
6.5.2)	Critères de non-inclusion :	44
6.6)	Collecte des données :	44
6.7)	Saisies et traitement de texte :	44
6.8)	Considérations éthiques :	44
6.9)	Les variables étudiées	45
7)	Les résultats	49
7.1)	Analyses descriptives :	50
7.2)	Les caractéristiques sociodémographiques :	50
7.2.1)	Répartition des schizophrènes selon le sexe :	50
7.2.2)	Répartition des schizophrènes selon les tranches d'âge :	50
7.2.3)	Répartition des schizophrènes selon le statut marital :	51
7.2.4)	Répartition des schizophrènes selon le niveau d'instruction :	52
7.2.5)	Répartition des schizophrènes selon l'activité professionnelle :	53
7.2.6)	Répartition des schizophrènes selon le lieu de la résidence :	54
7.3)	Les antécédents personnels et familiaux :	54
7.3.1)	Répartition des schizophrènes selon les antécédents judiciaires :	54
7.3.2)	Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels médicaux :	55
7.3.3)	Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels psychiatriques :	55
7.3.4)	Répartition des schizophrènes selon les antécédents et le nombre des tentatives de suicide :	56
7.3.5)	Répartition des schizophrènes selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie :	57
7.3.6)	Répartition des schizophrènes selon les antécédents psychiatriques familiaux :	58
7.3.7)	Répartition des schizophrènes selon les antécédents toxiques familiaux :	59
7.3.8)	Répartition des schizophrènes selon la substance toxique consommée par la famille :	60
7.3.9)	Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA :	60
7.3.10)	Répartition des schizophrènes selon le type du toxique consommé :	61
7.3.11)	Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'âge de début de la consommation toxique :	62

7.3.12) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon la façon de la consommation toxique :	63
7.3.13) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'accessibilité de la substance toxique :	64
7.3.14) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon les effets recherchés de la consommation toxique :	65
7.3.15) Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie :	65
7.3.16) Répartition des schizophrènes selon le type de la schizophrénie :	67
7.3.17) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon la durée entre le début de la consommation et le début de la maladie :	67
7.3.18) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'antériorité de l'usage de la substance toxique par rapport à la schizophrénie :	68
(4.7 Analyse bivariée :	69
7.4.1) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge :	69
7.4.2) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le sexe :	71
7.4.3) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle :	72
7.4.4) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le niveau d'instruction :	73
7.4.5) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le statut marital :	74
7.4.6) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le lieu de résidence :	75
7.4.7) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents personnels médicaux :	76
7.4.8) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire :	77
7.4.9) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides :	78
7.4.10) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des hospitalisations en psychiatrie :	79
7.4.11) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques :	81
7.4.12) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques :	82
7.4.13) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge de début de la schizophrénie :	83
7.4.14) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le type de la schizophrénie :	85
8) La discussion :	89
9) Les forces de la recherche :	95
10) Les limites de notre étude :	95

11)	Perspectives et recommandations :.....	96
12)	Conclusion :	97

RESUME :

Introduction : La corrélation entre la schizophrénie et les troubles liés à la toxicomanie est un phénomène complexe et captivant qui a émergé au croisement des troubles mentaux, suscitant une attention accrue des spécialistes.

Objectifs : Nos objectifs sont d'examiner la fréquence de la comorbidité toxicomanie chez les schizophrènes, les caractéristiques socio-épidémiologiques des schizophrènes et toxicomanes, et d'identifier les facteurs qui peuvent être de risque de cette comorbidité.

Matériels et méthodes : Cette étude transversale a porté sur 129 schizophrènes hospitalisés au service psychiatrique d'Ouargla pendant 07 mois.

Résultats : L'âge moyen est de $35,82 \pm 11,05$ ans, avec une prédominance masculine à 95 %. Une majorité des célibataires à 63% et un niveau d'instruction bas soit 48.8% (moyen). Les chômeurs sont majoritaires à 46,5%. 75,2 % ont des antécédents d'hospitalisation psychiatrique, 27.1 avec des antécédents judiciaires, 10.1% ont des antécédents personnels médicaux et seulement 7% ont des antécédents psychiatriques autre que la schizophrénie, 17.8% ont fait des tentatives de suicides.

La fréquence de cette comorbidité est de 76 % (tabac à 73,6 %, suivie par le cannabis à 41,1 %). L'effet recherché est l'euphorie, 68% ont l'accès facile aux substances et la consommation été de façon régulière.

94.6% ont une schizophrénie simple, La moyenne d'âge de début de la schizophrénie dans notre étude est de 25,83 ans. Dans 92,8 % des usagers de substances, la consommation a précédé la schizophrénie. Les usagers ont un moyen d'âge plus jeune 34.78 ± 10.8 ans, une surreprésentation masculine (99%) et un âge de début de la schizophrénie plus précoce (24.95 ans). Les schizophrènes usagers ont un niveau d'instruction plus bas (55.1% ont un niveau moyen), taux de chômage plus élevé (48%), un taux de célibataire plus élevé (69.4%), et présentent un nombre plus élevé d'antécédents judiciaires (31.6%) et de tentatives de suicide (18%), ils ont plus d'antécédents familiaux toxiques (40.8%).

Mots clés : schizophrénie, addiction aux SPA, comorbidité, EHS de psychiatrie-Ouargla

ABSTRACT:

Introduction: The correlation between schizophrenia and substance abuse disorders is a complex and intriguing phenomenon that has emerged at the intersection of mental disorders, garnering increased attention from specialists.

Aims: The aims of our study are to examine the frequency of substance abuse comorbidity among schizophrenic patients, the socio-epidemiological characteristics of schizophrenic and drug-addicted patients, and to identify the probable risk factors for this comorbidity.

Methods: This cross-sectional study involved 129 schizophrenic patients hospitalized in the psychiatric ward of Ouargla for 7 months.

Results: The average age was 35.82 ± 11.05 years, with a male predominance of 95%. The majority were single (63%) and had a low level of education (48.8% with a middle school level of education). Unemployed individuals made up 46.5% of schizophrenic patients. 75.2% had a history of psychiatric hospitalization, 27.1% had a criminal record, 10.1% had a personal medical history, and only 7% had a psychiatric history other than schizophrenia. Additionally, 17.8% had attempted suicide.

The frequency of schizophrenia and substance abuse comorbidity is 76%, with tobacco use being the most prevalent (73.6%), followed by cannabis (41.1%). The most sought-after effect is euphoria, and a majority (68%) find access to toxic substances easy and consume them regularly.

94.6% have simple schizophrenia. The average age of onset of schizophrenia in our study is 25.83 years. In 92.8% of substance users, substance use preceded schizophrenia. The users have a younger average age of 34.78 ± 10.8 years, an over-representation of men (99%), and an earlier age of onset of schizophrenia (24.95 years). Schizophrenic substance users have a lower level of education (55.1% have a middle school level), a higher unemployment rate (48%), a higher rate of singlehood (69.4%), and a higher number of previous legal problems (31.6%) and suicide attempts (18%). They also have more family substance use histories (40.8%).

Keywords: schizophrenia, SPA addiction, co-morbidity, EHS psychiatry-Ouargla

ملخص

مقدمة: العلاقة بين الفصام واضطرابات تعاطي المخدرات هي ظاهرة معقدة ومثيرة للاهتمام نشأت عند التقاطع مع الاضطرابات العقلية، مما أثار انتباه الخبراء بشكل متزايد.

الأهداف: تهدف دراستنا الى فحص تكرار الاعتلال المشترك بين الفصام وتعاطي المخدرات لدى مرضى الفصام، ودراسة السمات الاجتماعية والوبائية لمرضى الفصام والمدمنين على المخدرات، وتحديد العوامل المحتملة التي قد تكون خطرًا في هذا الاضطراب المشترك.

الأدوات: شملت هذه الدراسة العرضية 129 مريضًا بالفصام وذلك خلال فترة استشفائهم داخل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية الحذب ورقلة لمدة 07 أشهر.

النتائج: متوسط العمر للمرضى هو 35.82 ± 11.05 سنة، مع غلبة الذكور بنسبة 95%. الغالبية عازبون (63%) ولديهم مستوى تعليمي منخفض (48.8% مع مستوى التعليم المتوسط). البطالة تشكل الغالبية في صفوف مرضى الفصام.

75.2% لديهم تاريخ من الاستشفاء في مصلحة الامراض العقلية، 27.1% لديهم سجل جنائي، 10.1% لديهم تاريخ طبي شخصي فقط و7% لديهم تاريخ نفسي غير الفصام، 17.8% قاموا بمحاولات انتحار.

نسبة الاعتلال المشترك هو 76% (التدخين 73.6%، تبعه القنب 41.1%). التأثير المرغوب فيه للاستهلاك هو النسوة، وجد 68% سهولة الوصول إلى المواد السامة واستهلاكها بانتظام.

94.6% يعانون من فصام بسيط، متوسط عمر بداية الفصام في دراستنا هو 25.83 سنة. في 92.8% من مستخدمي المؤثرات العقلية، تسبق استخدام المادة الفصام. متوسط عمر المستخدمين هو 34.78 ± 10.8 سنة، مع زيادة تمثيل الذكور (99%) و عمر بداية الفصام المبكر (24.95 سنة). لدى مستخدمي الفصام مستوى تعليمي أقل (55.1% مستوى تعليمي متوسط)، معدل بطالة أعلى (48%)، معدل أعلى من العزوبية (69.4%)، وتاريخ قانوني أكثر (31.6%) ومحاولات انتحار أعلى (18%)، ولديهم تاريخ أسري من استهلاك المؤثرات العقلية (40.8%).

كلمات مفتاحية: الفصام، ادمان المؤثرات العقلية، الاعتلال المشترك، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض

العقلية ورقلة.

1) **Introduction :**

Au cours de la dernière décennie, un phénomène complexe et captivant a émergé au croisement des troubles mentaux, suscitant une attention accrue au sein des communautés scientifiques et médicales : la corrélation entre la schizophrénie et les troubles liés à la toxicomanie. Cette conjonction de pathologies majeures, longtemps explorée de manière fragmentaire, a récemment attiré des regards chercheurs, marquant une nouvelle ère d'investigation axée sur les liens complexes de ces affections.

La complexité de cette comorbidité va au-delà de la simple coexistence de la schizophrénie et des troubles addictifs ; elle engendre des défis diagnostiques aux multiples facettes. La superposition des symptômes et la manifestation variable de ces troubles dans des contextes cliniques peuvent rendre l'identification précise de chaque entité particulièrement délicate. Ainsi, cette comorbidité, une fois perçue comme une coïncidence fortuite, est désormais au cœur de questionnements profonds sur la nature même de ces troubles mentaux.

La prévalence des troubles addictifs chez les individus schizophrènes s'avère être une énigme essentielle à déchiffrer. Comprendre pourquoi cette population est particulièrement prédisposée à développer des comportements addictifs nécessite une exploration approfondie des facteurs génétiques, environnementaux et neurobiologiques sous-jacents. Les implications de cette prévalence transcendent le domaine de la recherche épidémiologique pour s'étendre à des considérations cliniques vitales, influençant directement les protocoles de traitement et les approches thérapeutiques personnalisées.

2) **Intérêt de sujet et objectifs :**

Bien que le consensus actuel reconnaisse la prévalence significative de la comorbidité entre la toxicomanie et la schizophrénie, les déterminants de cette association demeurent énigmatiques pour la communauté scientifique. Cette étude vise à répondre à la question de la comorbidité entre la schizophrénie et la toxicomanie en combinant une revue de la littérature avec une étude transversale.

La réalité des conduites addictives des schizophrènes est une poly consommation avec un passage fréquent d'une substance psychoactive à une autre(1). Blanchard et al. (2)ont réalisé une méta-analyse des études épidémiologiques sur l'association entre abus, dépendance et schizophrénie. Les publications en anglais ont été examinées en utilisant des entretiens structurés, une critériologie diagnostique précise et des données prospectives. Ils ont inclus 1207 patients dans leur méta-analyse. La majorité des malades étaient admis à l'hôpital et 64 % étaient des hommes. L'abus et la dépendance à l'alcool représentaient 35 % de la prévalence, tandis que l'abus ou la dépendance à d'autres substances représentait 52 %.

En mettant en lumière les liens observés entre la schizophrénie et la toxicomanie, cette étude contribue à la base de connaissances existante, mais elle souligne également les lacunes dans la compréhension des mécanismes sous-jacents. Cette approche ouvre la voie à d'autres chercheurs pour approfondir davantage la question, en particulier en entreprenant des études analytiques visant à explorer les relations de causalité potentielles.

En encourageant des études analytiques, les chercheurs pourraient explorer les facteurs qui pourraient expliquer la co-occurrence de la schizophrénie et de la toxicomanie de manière plus approfondie. Cela pourrait inclure l'examen des facteurs génétiques, neurobiologiques, environnementaux et sociaux susceptibles de contribuer à cette comorbidité.

De plus, cette étude descriptive pourrait servir de base pour orienter la mise en place d'études cliniques approfondies, visant à développer des approches de traitement plus ciblées pour les individus présentant cette comorbidité. En comprenant mieux les mécanismes sous-jacents, les praticiens de la santé mentale pourraient élaborer des interventions plus efficaces et adaptées aux besoins spécifiques des personnes atteintes à la fois de schizophrénie et de troubles

liés à la toxicomanie. En fin de compte, cela pourrait contribuer à améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des patients concernés.

La première et la deuxième partie de ce travail propose un rappel sur la schizophrénie et la toxicomanie, explorant les définitions, les aspects épidémiologiques, et les approches cliniques de ces deux entités.

Dans la troisième partie, nous examinons la corrélation entre la toxicomanie et la schizophrénie. En se basant sur des arguments épidémiologiques qui mettent en lumière la fréquence de cette association, nous tentons, à partir des données de la littérature médicale, de clarifier les liens de causalité entre ces deux troubles. Deux hypothèses sont considérées : la toxicomanie en tant que conséquence de la schizophrénie et la toxicomanie en tant que cause de la schizophrénie. De plus, nous abordons les hypothèses suggérant une étiologie commune entre ces deux pathologies. Cette approche nous permet de faire le point sur les avancées scientifiques récentes, notamment dans les domaines neurobiologiques, neuropathologies, et génétiques.

La quatrième partie de l'étude se concentre sur l'analyse des résultats obtenus au cours de notre recherche.

2.1) Objectifs :

2.1.1) Objectif principal :

- Déterminer la prévalence de la comorbidité toxicomanie chez les schizophrènes hospitalisés au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb - Ouargla - pendant 07 mois.

2.1.2) Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques socio- démographique et cliniques de l'ensemble des schizophrènes et les schizophrènes toxicomanes hospitalisés au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb - Ouargla - pendant 07 mois.
- Déterminer les facteurs qui peuvent être de risque pour cette comorbidité

Chapitre 01 :

La SCHIZOPHRENIE

3) Généralité sur la schizophrénie

3.1) Introduction/ Définition :

Le concept de schizophrénie englobe de manière générale un ensemble de troubles psycho-cérébraux partageant un noyau commun, mais divergeant quant à leur manifestation et leur évolution. Le terme lui-même, dérivé du grec avec "schizo" signifiant fractionnement et "phrèn" désignant l'esprit, évoque une "coupure de l'esprit", non pas dans le sens d'une "double personnalité" comme souvent mal interprété, mais plutôt comme une perte de contact avec la réalité, ou selon une perspective psychanalytique, un conflit entre le Moi et la réalité.

La schizophrénie, généralement diagnostiquée à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, représente une pathologie psychiatrique chronique. Cette psychose se caractérise par des manifestations de dissociation mentale, de discordance affective, et d'activité délirante, entraînant une altération de la perception de soi, des troubles cognitifs, ainsi que des dysfonctionnements sociaux et comportementaux allant jusqu'au repli autistique. Le terme est également utilisé métaphoriquement, notamment dans les médias, pour décrire des attitudes ou des propos simplement contradictoires.

Affectant généralement 0.45% de la population adulte(3), la schizophrénie est diagnostiquée exclusivement à travers les déclarations du patient, nécessitant une écoute attentive et une analyse approfondie. Aucun test de laboratoire n'existe à ce jour pour son dépistage. Les facteurs génétiques, environnementaux, neurobiologiques, psychologiques et sociaux semblent contribuer à son développement, bien que l'origine organique demeure indéterminée. Le traitement implique l'utilisation d'antipsychotiques, mais peut également inclure des approches telles que la psychothérapie, la réinsertion sociale ou professionnelle, voire une hospitalisation forcée dans les cas les plus sévères.

Les individus schizophrènes présentent un risque accru de comorbidité, incluant des troubles anxieux et dépressifs, ainsi que des problèmes sociaux tels que le chômage prolongé, la sans-abrisme et la pauvreté. Le risque de décès prématuré est deux à trois fois plus élevé chez les sujets atteints de schizophrénie que dans la population générale(4), en raison du risque accru de problèmes de santé et d'un taux de suicide plus élevé, estimé à environ 10 %(5).

La schizophrénie et plusieurs autres maladies sont regroupées sous le terme du trouble du spectre de la schizophrénie puisqu'ils ont des symptômes et des origines en communs ou similaires. Selon le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), ces troubles sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et symptômes négatifs.

3 . 1 . 1) Trouble psychotique induit par une substance ou dû à une autre affection médicale :

Les caractéristiques essentielles de ce trouble psychotique sont des hallucinations ou des idées délirantes prononcées qui sont considérées comme dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou bien la conséquence physiologique directe d'une autre pathologie médicale.(6)

3 . 2) Historique :

Historiquement, le psychiatre Emil Kraepelin, en 1898, a été le premier à établir une distinction entre la démence précoce décrite cinquante ans auparavant par Bénédict Augustin Morel et les autres formes de folie.

En 1911, la maladie a été renommée schizophrénie par le psychiatre Eugen Bleuler, un Zurichois, en considérant cette désignation comme plus adéquate que celle de Kraepelin, qui contestait le terme "démence précoce" utilisé jusqu'alors. Le mot "schizogénèse", emprunté au latin scientifique schizogenesis (1866) et se rapportant à "une variété de schizogamie de certains annélides et turbellariés", a été adopté en psychiatrie (1972) pour décrire la "genèse schizophrénique".

Hecker décrit la forme hébéphrénique

Kahlbaum décrit à son tour la folie avec tension musculaire= la catatonie ;

En 1980, DSM_III détermine des critères.

3.3) Epidémiologie :

La probabilité d'être atteint de schizophrénie au cours d'une vie est d'environ 0,6 à 1%. L'incidence est habituellement calculée à partir des admissions hospitalières, ce qui ne permet pas d'évaluer les formes insidieuses ni les patients traités en ambulatoire. L'analyse de près de 900 études réalisées entre 1965 et 2001 et provenant de 33 pays a permis de conclure que la moyenne de l'incidence annuelle est de 0,152 pour mille avec des chiffres plus élevés dans les pays développés et dans le milieu urbain par rapport au milieu rural. Ces variations géographiques pourraient s'expliquer par des habitudes diagnostiques différentes, des problèmes d'accès aux soins et une approche sociale différente de la maladie mentale.

Une étude descriptive rétrospective sur un échantillon de 420 patients consultés et/ou hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant la période de 1^{er} janvier 2021 à 31 décembre 2022, a trouvé que : La pathologie la plus fréquente est la schizophrénie avec un pourcentage de 51.2% suivi par les troubles bipolaires à 20% ensuite c'est l'épisode dépressif caractérisé et les troubles psychotiques brefs à 5,5%. (7)

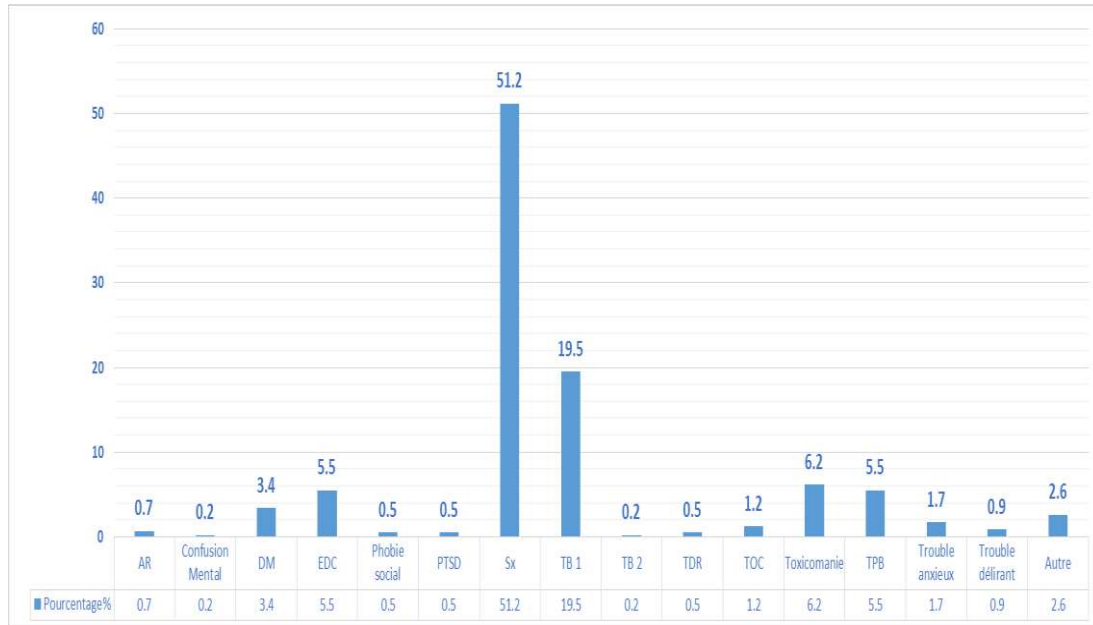


Figure 1 : Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique retenu

3.4) Diagnostique clinique :

La schizophrénie est une affection mentale chronique fréquente touchant environ 1% de la population générale (15 à 30 ans). Elle se caractérise par une transformation profonde de la personnalité, cessant de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire. C'est une affection psychotique d'expression très variée. Les troubles débutent entre 15 et 25 ans et évoluent jusqu'à la fin de la vie.

Critères diagnostiques de la schizophrénie selon DSM-V

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

Idées délirantes ;

Hallucinations ;

Discours désorganisé ;

Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;

Symptômes négatifs (ex. aboulie, diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passée d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondent au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présent pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que :

1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes,

2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. exemple une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).(8)

3 . 5) Etiopathogénie :

Les causes exactes de la maladie restent inconnues ; cependant, l'interaction entre un terrain génétique et un stress (psychologique ou environnemental) entraînerait une vulnérabilité à la schizophrénie. La présence de gènes de susceptibilité à la maladie a été identifiée. Les mutations ponctuelles, bien que rares, exposent à un risque plus important. Environ 10% de la population est porteuse de ces mutations, mais seulement 1% en développe la maladie. Chez de vrais jumeaux, si l'un a la maladie, l'autre présente un risque de 30 à 40% de contracter la schizophrénie. Cependant, la génétique n'explique pas tout ; les causes dépendent également de l'environnement. Le développement cérébral pendant la grossesse peut être altéré par des facteurs tels que l'incompatibilité rhésus ou des complications résultant d'une grippe contractée au deuxième trimestre. La maladie est associée à des anomalies anatomiques au niveau du cerveau, telles qu'une augmentation de la taille des ventricules, une diminution de la matière grise et une désorganisation cellulaire dans certaines régions du cerveau, notamment le cortex préfrontal et l'hippocampe.

Les causes précises de la schizophrénie ne sont pas encore complètement élucidées, mais son origine est également organique (et non purement psychologique). L'hypothèse dominante suggère qu'il s'agit d'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux qui

déclenche la maladie. Il existe une multitude de facteurs environnementaux capables d'interférer (épigénétiques, infectieux, prénataux, obstétricaux et néonataux).

3.5.1) Facteurs génétiques :

Depuis le siècle dernier, des études ont démontré que les apparentés de premier degré de sujets schizophrènes ont un risque de développer la maladie environ dix fois plus élevé que la population générale. De plus, le taux de concordance pour la schizophrénie est de 48% chez les jumeaux monozygotes, contre seulement 17% pour les jumeaux dizygotes.

Plusieurs modèles de transmission génétique ont été proposés. Celui qui paraît le plus probable est un modèle polygénique multifactoriel à seuil dans lequel un, ou plusieurs gènes confèrent une prédisposition à la maladie, cette prédisposition est-elle-même influencée par des facteurs environnementaux.(9)

3.5.2) Hypothèses neurobiologiques :

Les troubles schizophréniques sont fréquemment rattachés à un dysfonctionnement de la voie dopaminergique mésolimbique. Cette théorie, connue sous le nom d'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie, est basée sur le fait que la plupart des substances à propriétés antipsychotiques ont une action sur le système de la dopamine. (10)

L'intérêt s'est également porté sur un autre neurotransmetteur, le glutamate, et sur la fonction diminuée d'un type particulier de récepteur au glutamate, le récepteur NMDA. Cette théorie a pour origine l'observation des niveaux anormalement bas des récepteurs de type NMDA dans le cerveau des patients schizophrènes examinés en post-mortem, et la découverte que des substances bloquant ce récepteur, comme la phencyclidine ou la kétamine, peuvent mimer chez le sujet sain des symptômes et des troubles cognitifs associés à la maladie (11).

3.6) Mécanismes :

3.6.1.1) Modèle dopaminergique :

Les troubles schizophréniques sont souvent associés à un dysfonctionnement de la voie dopaminergique mésolimbique. Cependant, de nouveaux médicaments agissant sur la

sérotonine ont été efficaces, remettant en question la simplicité de l'hypothèse dopaminergique.(12)

3 . 6 . 1 . 2) Rôle du glutamate et des récepteurs NMDA :

L'hypothèse glutamatergique gagne en popularité, soulignant l'importance du glutamate et du récepteur NMDA dans la schizophrénie.(13)

3 . 6 . 1 . 3) Autres neurotransmetteurs impliqués :

D'autres neurotransmetteurs tels que l'acétylcholine, la noradrénaline, l'adrénaline, et l'histamine pourraient jouer un rôle dans les troubles psychotiques.

3 . 6 . 1 . 4) Élagage synaptique et neurodéveloppement :

Des recherches suggèrent que des déficiences dans le mécanisme d'élagage synaptique pourraient rendre le cerveau plus vulnérable à la schizophrénie, en particulier chez les adolescents.(14)

3 . 6 . 1 . 5) Autres mécanismes :

Divers mécanismes, tels que l'activité électrique du cerveau, la diminution de la protéine Beclin-1, la présence de microparticules dans le liquide céphalo-rachidien, et l'excès de cortisol, sont également explorés dans le contexte de la schizophrénie.

3 . 6 . 2) Facteurs environnementaux :

Les facteurs environnementaux tiennent une place importante dans l'étiologie de la schizophrénie (20% de la variance explicative). Il s'agit d'évènements extérieurs, non liés au génome de l'individu. La plupart de ceux-ci surviennent au cours de la grossesse, en périodes pré- ou périnatales, comme la rupture prématurée des membranes, un âge gestationnel inférieur à 37 semaines, la nécessité d'une réanimation ou le passage obligé en couveuse sont des facteurs clairement cités comme favorisant l'apparition d'une schizophrénie de même que la prééclampsie et les infections virales. Mais ces facteurs environnementaux peuvent avoir lieu plus tard dans l'évolution, comme un dysfonctionnement précoce dans l'environnement familial, la toxicomanie, et les événements stressants au cours de la vie. (15)

3 . 6 . 3) Microbiote :

L'interaction du microbiote avec l'apparition des maladies mentales, comme la schizophrénie, est explorée. Une mauvaise flore endommagerait la muqueuse intestinale, entraînant des inflammations intestinales et affectant d'autres organes, notamment le cerveau.

3.6.4) Epigénétique :

Des études épigénétiques récentes ont montré que des facteurs environnementaux peuvent influencer l'expression de gènes liés à la schizophrénie. La méthylation du gène ZNF659, associé à la schizophrénie, pourrait être modifiée sous l'influence du stress.

3.6.5) Réaction immunitaire du fœtus :

Les cytokines émises par le système immunitaire du fœtus pourraient jouer un rôle, avec des taux élevés associés au développement de la schizophrénie.(16)

3.6.6) Obstétricaux :

Des études(17) (18) ont établi des liens entre la schizophrénie et les difficultés pendant l'accouchement, mais il reste difficile de démêler ces liens des facteurs héréditaires.

3.6.7) Facteurs sociologiques :

L'instabilité familiale et l'environnement éducatif précoce ont été associés à un risque accru de schizophrénie. De plus, la qualité de la communication familiale semble influencer les risques de rechute.

3.6.8) Milieu urbain :

Vivre en milieu urbain semble augmenter le risque de schizophrénie, indépendamment d'autres facteurs.(19)

3.6.9) Hypothèse neurodéveloppementale :

Des études récentes se sont concentrées sur le lobe frontal et la formation hippocampique, suggérant que des anomalies dans ces zones pourraient contribuer à la schizophrénie.

3 . 6 . 10) Hypothèse virale :

Plusieurs études ont montré une incidence plus élevée de la schizophrénie chez les personnes nées à la fin de l'hiver ou au début du printemps. Cette observation peut être mise en relation avec les épidémies de grippe survenant à l'automne. Si la mère contracte une grippe durant le deuxième trimestre de sa grossesse, période de migration neuronale dans le cortex, le virus de la grippe (influenza) pourrait affecter le développement du cerveau fœtal. Par ailleurs, les femmes souffrant de carence nutritionnelle sévère au cours du premier trimestre de grossesse doublent leur risque de donner naissance à un enfant qui développera plus tard la schizophrénie. Ces altérations cérébrales pourraient aussi expliquer les symptômes neurologiques discrets notés au cours de l'enfance comme signes précurseurs de schizophrénie.(15)

3 . 7) Les modalités évolutives de la schizophrénie :

L'évolution vers une guérison totale est possible mais reste toutefois assez rare.

L'évolution déficitaire est rare actuellement. L'évolution habituelle observée actuellement, sous l'effet des thérapeutiques modernes, s'effectue vers la persistance de symptômes résiduels, entrecoupés par des poussées aiguës. On retrouve aussi des formes résistantes au traitement.

Par ailleurs, globalement, il existe une surmortalité, liée notamment au taux important de suicide, 10 à 12 fois plus élevé que dans la population générale, mais aussi à une plus grande comorbidité somatique (tabac, abus de substances, sédentarité, neuroleptiques). On retrouve aussi parmi les complications : une toxicomanie, une mauvaise insertion socio-professionnelle et des passages à l'acte violent. Ces derniers ne sont pas plus fréquents que dans la population générale mais se caractérisent par leur caractère étrange, imprévisible, absence de motivation apparente, froideur.

3 . 8) Diagnostic différentiel :

Avant de poser le diagnostic de schizophrénie, il est impératif de rechercher les étiologies organiques et toxiques pouvant s'exprimer par des tableaux cliniques similaires à celui de la schizophrénie

3.8.1) Les causes organiques :

- ✓ Les causes neurologiques : le traumatisme crânien, les tumeurs cérébrales, l'épilepsie temporale.
- ✓ Les pathologies endocriniennes : les dysthyroïdies, la maladie d'Addison, l'insuffisance hypophysaire.
- ✓ Les maladies systémiques : le lupus érythémateux systémique en particulier peut mimer le tableau de la schizophrénie.

3.8.2) Les causes toxiques et médicamenteuses :

- ✓ L'alcool, le cannabis, les drogues psychodysléptiques (LSD, cocaïne).
- ✓ L'origine iatrogène peut être suspecté notamment en cas de prise de corticoïdes, de la bromocriptine, les antiparkinsoniens...

3.8.3) Les causes psychiatriques :

- ✓ Les troubles de l'humeur.
- ✓ Le trouble schizo-affectif.
- ✓ Le trouble délirant.
- ✓ Les troubles névrotiques
- ✓ Les troubles de la personnalité.

3.9) Comorbidités :

Les comorbidités, ou association d'autres pathologies, sont fréquentes dans la schizophrénie : intoxication, abus et dépendance aux substances, troubles anxieux, troubles de l'humeur, suicide, handicap social, iatrogénie.

Globalement, les patients atteints de schizophrénie vivent 10 à 12 ans de moins en moyenne que l'espérance de vie dans la population générale

3 . 10) Prise en charge de la schizophrénie :**3 . 10 . 1) Prise en charge biologique :****3 . 10 . 1 . 1) Antipsychotiques classiques**

- ✓ **Neuroleptiques Sédatifs** : Chlorpromazine (Largactil*), Lévomépromazine (Nozinan*), Propériciazine (Neuleptil*).
- ✓ **Neuroleptiques Incisifs ou Polyvalents** : Halopéridol (Haldol*), Fluphénazine (Moditen* ou Modécate*), Pipothiazine (Piportil*).
- ✓ **Neuroleptiques Désinhibiteurs** : Pipothiazine (Piportil*), Sulpiride (Dogmatil*), Amisulpride (Solian*).
- ✓ **Neuroleptiques à Action Prolongée (NAP)** : Modécate*, Piportil L4*, Haldol Décanoas*.

3 . 10 . 1 . 2) Antipsychotiques atypiques

Clozapine (Leponex®), Olanzapine (Vaincor®, Olanza®), Risperidone (Risperdal®, Respirox®, Raxidone®, RisperidoneTeriak®), Amisulpride (Solian®, Zolen®), Ziprazidone (Zeldox®), Aripiprazole (Abilify®), Quétiapine (Seroquel®)

3 . 10 . 2) Techniques psychothérapeutiques :**3 . 10 . 2 . 1) Psychothérapies de soutien :**

Les plus utilisées, elles reposent sur une relation positive de soutien psychologique, offrant empathie, conseils et informations au patient et à sa famille.

3 . 10 . 2 . 2) Thérapies cognitivo-comportementales :

Visent à améliorer les symptômes déficitaires, le comportement social, les habilités pratiques, l'autonomie et la communication interpersonnelle.

3 . 10 . 2 . 3) Psychothérapies familiales :

Ont pour objectif d'améliorer le fonctionnement familial lorsque celui-ci a un impact pathogène sur le patient.

3 . 10 . 2 . 4) Sociothérapie :

Visent la réadaptation sociale du patient par le biais de congés de maladie, réorientation professionnelle, formation en milieu protégé, ateliers thérapeutiques, et mesures de protection des biens du patient. Ces mesures s'inscrivent dans un projet thérapeutique au sein d'une équipe

pluridisciplinaire, impliquant travailleurs sociaux, médecins, infirmiers et psychologues, en collaboration avec la famille.

3 . 10 . 3) Éléments de surveillance des antipsychotiques :

- Bilan pré-thérapeutique : évaluation psychiatrique, bilan paraclinique (NFS, VS, bilan hépatique, bilan lipidique, glycémie, EEG, ECG, examen ophtalmologique, TDM cérébrale).

- Surveillance continue des effets indésirables : effets neurologiques, neuro-végétatifs, cardio-vasculaires.

Chapitre 2 :

LA TOXICOMANIE

4) **Généralité sur la toxicomanie :**

4.1) **Définition :**

Le mot toxicomanie ou pharmacodépendance désigne le comportement du sujet face à la drogue.

Selon L'OMS : « Etat psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut être accompagné ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant à plusieurs médicaments ».

Ses caractéristiques sont notamment :

- ✓ Un invincible désir ou besoin (obligation) de continuer de consommer la drogue et à se la procurer par tous les moyens ;
- ✓ Une tendance à augmenter les doses
- ✓ Une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue
- ✓ Des effets nuisibles à l'individu et à la société.(20)

La drogue est une substance toxicomanogène, Au début, sa consommation a procuré à l'utilisateur des sensations qu'il a apparentées à celles du plaisir. Alors le plaisir a fait place au besoin. La consommation qui s'est envolée, en dose et/ou fréquence, vise alors, surtout à prévenir l'inconfort, voire les affres, qui accompagnent le fait d'être privé de la drogue. Ces troubles peuvent être essentiellement psychiques, mais ils peuvent se doubler de troubles physiques. (21)

4.2) **L'ampleur du problème : À l'échelle mondiale :**

On estime selon le rapport mondial sur les drogues publié par les Nations Unies en 2023, qu'un total de 296 millions de personnes consomment de la drogue illicite en 2021, soit une augmentation de 23 % par rapport à la décennie précédente. L'ampleur du problème mondial de la drogue devient plus évidente lorsqu'on tient compte que le nombre de personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues est entretemps monté en flèche pour atteindre

39,5 millions, soit une augmentation de 45 % en dix ans, sont des usagers problématiques, souffrant de troubles liés à l'usage de drogues ou de toxicomanie. Autrement dit, quelque. Près du tiers d'entre eux (13,2 millions, soit 18 % de plus que les estimations précédentes) s'injectent des drogues.(22)

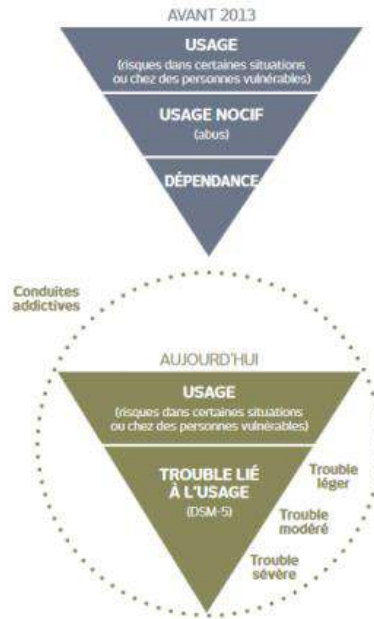
4 . 3) Diagnostic :

La double origine du mot addiction, notion de droit romain évoquant « le droit de disposer à son profit de la personne même du débiteur défaillant », puis, quelques siècles plus tard chez les Anglo-Saxons, désignant les passions et autres relations de dépendances (Peele, 1975), en fait un concept Trans nosographique, transculturel et trans-structural, apte à réunir des comportements jusque-là différenciés.

Devant l'usage croissant du terme, le psychiatre anglais, Aviel Goodman, va en proposer, en 1990, une première définition moderne : « Un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives. » Goodman a précisé un ensemble de critères permettant de définir le « trouble addictif ». Sa définition a le mérite de souligner la dimension évolutive et fonctionnelle/adaptative du comportement et du processus de l'addiction. Elle place la perte de contrôle au centre du questionnement : pourquoi un comportement qui répond à une fonction va peu à peu échapper au contrôle de celui ou celle qui le met en œuvre ?

4 . 3 . 1) Critères diagnostic de troubles de l'usage de substance : DSM V

Selon le DSM V, Les diagnostics d'ABUS et de DÉPENDANCE sont abolis, et remplacés par une seule entité : « Trouble de l'usage de la substance X » (23)



(24)

Figure 2 Changement dans la section sur les troubles liés à une substance dans DSM V

Le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance du DSM-V est fixé à deux critères ou plus (comparativement à un critère ou plus pour celui d'abus de substance et trois ou plus pour celui de dépendance du DSM-IV)

Les critères diagnostiques de troubles d'utilisation de substances selon DSM V :

A. La réduction du contrôle sur la consommation : (critères 1-4)

1. Quantités plus importantes ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Exprimer un désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation de substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation.
3. L'individu peut passer beaucoup de temps à obtenir la substance, à l'utiliser ou récupérer de des effets
4. Une envie impérieuse de la substance (Craving) : un fort désir ou un besoin pressant de consommer la substance qui peut se produire à tout moment et ce d'autant plus dans un environnement où la substance a été obtenue ou utilisé antérieurement.

B. Altération du fonctionnement social : (critères 5-7)

5. Incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou au domicile.
6. Continuer à consommer la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la substance.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance.

C. La consommation risquée : (Critères 8-9)

8. Consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux.
9. Le sujet peut poursuivre la consommation de la substance bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

D. Les critères pharmacologiques : (Critères 10-11)

10. La tolérance, est définie comme le besoin d'augmenter nettement la quantité de la substance pour produire l'effet désiré ou une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation d'une même quantité de la substance.
11. Le sevrage, est un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée.

4.4) Classification des drogues :

- Juridique « licite ; tabac, café. - illicite ; cannabis, cocaïne »
- Selon la dangerosité « douce ; cannabis (pas de décès) – dure ; héroïne (mort) »
- Selon l'origine « naturelle ; cannabis. - de synthèse ; ecstasy,... »
- Selon les effets (Thuilier et Pelicier 1991) :
 1. **Les stimulants** : Tabac, Cocaïne, Crack, Médicaments stimulants (Amphétamines et autres dopants), Ecstasy.
 2. **Les hallucinogènes ou perturbateurs** : Cannabis et produits dérivés, Produits volatils (colles et solvants, anesthésiques volatils), Kétamine, LSD, champignons hallucinogènes.....

3. Les dépresseurs : Alcool, Médicaments tranquillisants et somnifères (Barbituriques, Benzodiazépines...), Opiacés (Héroïne, Méthadone, Codéine, Morphine...).

4.4.1) A. Les perturbateurs :

Agissant sur le SNC : double effet, accélération et/ou ralentissement des processus normaux de l'organisme → effets tantôt stimulants, tantôt dépresseurs. Altèrent les perceptions, les émotions et l'ensemble des processus psychologiques. Cannabis, LSD, Solvants, Les plantes et champignons hallucinogènes

4.4.1.1) Cannabis :

Description : Chanvre indien ou cannabis sativa /Origine : Asie centrale et occidentale

Forme :

- ✓ Feuille de cannabis : marijuana : PA(D9THC) : 4 à 10 %
- ✓ Résine (haschich, shit, kif) : PA : 10 à 40 %
- ✓ L'huile de cannabis : 30-60%

4.4.1.1.a) Toxicité du cannabis :

• **Intoxication aigue : Ivresse cannabique : 04 phases :**

- ✓ Phase d'excitation : sensation de bien-être physique et morale
- ✓ Phase d'exaltation sensorielle : modification de la notion de temps et d'espace.
- ✓ Phase d'extase ou repos.
- ✓ Phase de dépression.

• **Usage fréquent et prolongé :**

* Sur le comportement (effets réversibles) :

- ✓ Affaiblissement des facultés mentales ; troubles de mémoire et d'attention
- ✓ Humeur changeante, perturbation de la perception temporelle et visuelle
- ✓ Manque d'énergie, difficulté d'accomplir un travail, -baisse d'intérêt, négligence de soi.
- ✓ Augmentation de la dose -----> hallucinations, de paranoïa et des réactions de panique.
- ✓ Dépression respiratoire.
- ✓ Système endocrinien : homme : baisse de la testostérone/ femme : perturbations du cycle menstruel

* Utilisations thérapeutiques : THC (dronabinol) : anti nauséeux, analgésique, myorelaxant, anticonvulsivant

4.4.1.1.b) Tolérance et dépendance :

- Tolérance : rapide après quelques doses mais elle disparaît également rapidement.
- Dépendance physique : chez les consommateurs quotidiens. (Sevrage 8 à 24 h)
- Dépendance psychologique : Il est peu toxicomanogène.

4.4.1.2) LSD :

Diéthylamide de l'acide lysergique ou lysergamide (un dérivé indolique de l'ergot de seigle), Il était découvert par Hoffman en 1947, Pur ; c'est une poudre cristalline blanche et inodore. Il est vendu sous forme de gouttes sur du papier ou mélangé au sucre ou comprimés (pills). Utilisé par voie orale mais aussi par inhalation ou injection.

Effet commence 30min après l'ingestion et dure 5 à 8h. La dose active 40 à 500 microgrammes.

Risques : Lors des hallucinations, les sujets montrent une certaine violence, ainsi que les différents troubles génèrent un état de dépression et les usagers évoquent « un mauvais voyage » parfois suivi de suicide.

Les hallucinogènes sont l'origine des « flashes back » ou « trip ». « La répétition des hallucinations à distance de la prise des produits (jusqu'à un mois) »

4 . 4 . 1 . 2 . a) Tolérance et dépendance :

Tolérance : rapide

Dépendance : physique est nulle, psychique est très faible

4 . 4 . 1 . 3) Solvants : Recherche de sensations d'euphorie et d'ébriété, voire d'altération des perceptions, produits variés :

- Essence, kérosène, cosmétiques, colles, dissolvants, liquides correcteurs, détachants, white spirit, décapants, gaz de briquet ou propulseurs fluorés d'aérosols).

- Agents anesthésiques (anciennement éther et chloroforme, actuellement gaz anesthésiants halogénés ou protoxyde d'azote) surtout dans le milieu médical Sniffing, bagging, huffing...

4 . 4 . 1 . 3 . a) Effet :

Ils sont transportés rapidement au SNC (liposolubles) mais leur action est brève (15 à 45min)

A dose limitée : stimulation du SNC (euphorie, hallucinations, mégalomanie convulsions, désinhibition)

En cas de surdosage : Dépression neurologique et respiratoire • morts subites

A long terme :

-arythmies cardiaques et dépression respiratoire, asphyxie hypoxique, bronchoconstriction aiguë (hypersensibilité)

- décès traumatiques, consécutifs aux troubles de comportement

-Explosion et brûlures : gaz butane, "huffing" (inhalation de vapeur d'essence).

4 . 4 . 1 . 4) Plantes et champignons hallucinogènes :**4 . 4 . 2) Les stimulants :**

Produisent une accélération des processus normaux de l'organisme. Stimulent la vigilance ou l'humeur. Créent une dépendance surtout psychologique.

1. Stimulants majeurs : Cocaïne, Amphétamines et Ecstasy.

2. Stimulants mineurs : (caféine, nicotine).

- Stimulants Majeurs :

4 . 4 . 2 . 1) Cocaïne : "ester méthylique de la benzoylecgonine » :

Principal alcaloïde de la feuille de coca.

Formes :

- ✓ Les feuilles séchées : masticquées.
- ✓ Pasta (la pâte de coca, sulfate de cocaïne, sulfate base).
- ✓ Le chlorhydrate de cocaïne (cocaïne base, cocaïne cristalline)
- ✓ Crack : cocaïne base (free-basing) [pipes à eau, cigarette].

4 . 4 . 2 . 1 . a) Toxicités de la cocaïne :

La Concentration toxique varie de 0,25 à 5 mg/l

Effet à court terme de la cocaïne :

- ✓ La cocaïne produit une sensation d'euphorie et d'amélioration de la performance.
- ✓ Cause une sensation de chaleur et une bronchodilatation,
- ✓ Les effets se caractérisent par d'intenses poussées d'énergie et d'exaltation.

L'intoxication par la cocaïne produit :

- ✓ Des changements comportementaux ou psychologiques inadaptés.
- ✓ Tachycardie ou bradycardie, ↑ou↓de la pression artérielle.
- ✓ Transpiration ou frissons, nausées ou vomissements, dilatation pupillaire.
- ✓ Agitation ou ralentissement psychomoteur, faiblesse musculaire.
- ✓ Dépression respiratoire ou arythmies cardiaques, crises convulsives ou coma.

Effet à long terme de la cocaïne :

- ✓ Des inflammations et perforations à la paroi nasale (cocaïne inhalée)
- ✓ Une réduction de la performance sexuelle ou de la libido.
- ✓ La perte d'appétit -----> malnutrition.
- ✓ Chez la femme, dysménorrhée ou aménorrhée, accouchement prématuré et tératogénicité
- ✓ Augmentation de risque convulsif (diminution de seuil épileptogène).
- ✓ L'usage de la voie pulmonaire est associé à des problèmes respiratoires (bronchites, asthme, cancer...).
- ✓ L'usage de la voie parentérale (seringues) est associé, comme avec l'héroïne, à divers pathologies qui ne sont qu'indirectement liées à la substance : hépatite, SIDA.....

4.4.2.2) Les Amphétamines : Alpha-Méthyle-PhénéThyl-Amine. (Speed, pepill)

- ✓ Utilisée en premier lieu comme décongestionnant en 1930, puis dans le traitement de l'obésité et la narcolepsie...
- ✓ Forme salifiée (hydrosoluble) (crank, Crystal) ; prise ou injecté.
- ✓ Parfois associée à des sédatifs (barbituriques ou benzodiazépines) ou à de l'héroïne.
- ✓ La métamphétamine est la plus puissante.

Effets :

- ✓ Sensation analogue au crack, mais plus prolongée.
- ✓ Effets somatiques (tremblement, tachycardie, hypertension...) et psychiques (insomnies, euphorie, anorexie, irritabilité, agressivité, puis lassitude et dépression secondaire).
- ✓ Surdosage ; l'agressivité, l'hyperthermie fatale, la mort par hémorragie cérébrale.
- ✓ Si nombreuses prises par voie IV -----> excitation-----> agression, meurtre, suicide.

4 . 4 . 2 . 2 . a) Tolérance et dépendance :

- ✓ Tolérance est rapide, le manque important et prolongé.
- ✓ Dépendance physique et psychique : très importantes.

4 . 4 . 2 . 3) Ecstasy :

C'est le MDMA (méthyl-dioxy-3 4-métamphétamine),

Synthétisé en 1912 et utilisé dans les années 60 en psychiatrie et à partir des années 70 il est utilisé comme drogue récréative, Appelé aussi : « ecsta, pilule d'amour, essence, E, EX, XTC, » présenté sous forme de comprimés ou de gélules de couleurs et de formes variées,

Les comprimés d'ecstasy contiennent de MDMA et mélangée à d'autres substances :

Amphétamines, hallucinogènes, analgésiques, caféine, de l'amidon, des détergents ou même du savon !

Effets :

- _ À faible dose : il a un effet stimulant
- _ À forte dose, il est hallucinogène en agissant sur les récepteurs à sérotonine
- _ La consommation de l'ecstasy :
 - * amplifie les émotions.
 - * crée un état d'euphorie,
 - * provoque le désir de sociabiliser, de communiquer.

* augmente les sens, particulièrement celui du toucher.

Risques : Hyperthermie avec une coagulation intra vasculaire disséminée, déshydratation, HTA, ...

Stimulants Mineurs :

4 . 4 . 2 . 4) Nicotine :

La nicotine imite l'action d'un neurotransmetteur naturel, l'acétylcholine, et se fixe sur un type particulier de ses récepteurs appelé justement récepteur nicotinique.

Il change d'abord de conformation, ce qui ouvre le canal ionique qui lui est associé pendant quelques millisecondes ; celui-ci laisse entrer des ions sodium qui vont dépolariser la membrane et exciter le neurone. Puis, le canal se referme et le récepteur nicotinique devient transitoirement réfractaire à tout neurotransmetteur. C'est cet état de désensibilisation qui va être artificiellement allongé par l'exposition continue à la nicotine.

La dépendance au tabac, qui se développe très rapidement par la suite, vient du fait que les récepteurs nicotiniques sont présents sur les neurones de l'aire tegmentale ventrale qui projettent leurs terminaisons dans le noyau accumbens.

Cependant, le fumeur chronique maintient, entre chaque cigarette, une concentration de nicotine suffisante pour désactiver les récepteurs et pour ralentir leur renouvellement. D'où la tolérance et la réduction du plaisir ressenti.

Après une brève période d'abstinence (une nuit de sommeil par exemple) la concentration basale de nicotine redescend et permet à une partie des récepteurs de retrouver leur sensibilité.

4 . 4 . 2 . 5) Caféine :

La caféine est un antagoniste des récepteurs à l'adénosine (un neuromodulateur du système nerveux central qui possède des récepteurs spécifiques. Quand l'adénosine se fixe sur ses récepteurs, mêmes récepteurs, mais sans réduire l'activité neuronale. Il y a donc moins de récepteurs de disponibles pour le frein naturel qu'est l'adénosine, ce qui mène à une activation des neurones.

4 . 4 . 3) Les Dépresseurs :

L'action des dépresseurs sur le SNC, procurent une sensation de détente, diminuent la gêne, ralentissent les réflexes, portent au sommeil, etc. Sur le plan physique, provoquent un ralentissement des processus normaux de l'organisme.

Principaux dépresseurs : Les opiacés, L'éthanol. Les Barbituriques, Les Benzodiazépines. Le GHB.

4 . 4 . 3 . 1) Opiacés :

4 . 4 . 3 . 1 . a) Classification :

Le pavot à opium, *Papaver somniferum*, variété album, appartient à la famille des Papavéracées (O : Papaverales).

L'opium est le latex exsudé par les capsules du pavot, lorsqu'elles sont incisées.

4 . 4 . 3 . 1 . b) Toxicités des opiacés :

Effet à court terme des opiacés :

Les premières doses peuvent provoquer de l'agitation, des nausées et des vomissements.

À dose modérément forte : euphorie, exaltation et une sensation de bien-être, suivie d'un état de gratification que ni la faim, ni la douleur ni les besoins sexuels ne peut généralement troubler. Le corps devient plus chaud, les extrémités sont lourdes et la bouche est sèche. Plus on augmente la dose, plus la respiration ralentit.

À très forte dose : torpeur permanent, myosis, la peau est froide, humide et bleuâtre. Une dépression respiratoire pouvant ainsi entraîner le coma et la mort.

Effet à long terme des opiacés :

Le consommateur régulier est très maigre, son regard est fixe, il est las, il a des insomnies et son organisme, affaibli, peut développer de nombreuses maladies (endocardite, infection de la membrane interne et des valves du cœur).

Les utilisateurs chroniques peuvent éprouver des troubles pulmonaires en raison des effets des opiacés sur la respiration.

4 . 4 . 3 . 1 . c) Tolérance et dépendance :

Tolérance : La tolérance aux effets euphorisants s'installe plus rapidement que celle aux effets déprimeurs respiratoires -----> risque de la mort

Dépendance : Physique et psychique très importante avec un syndrome de sevrage très difficile qui commence 6h à 72h après la dernière prise (selon la dose)

4 . 4 . 3 . 2) Alcool : éthanol

L'utilisation de l'alcool éthylique préparé à partir de la fermentation de sucre, d'amidon ou d'autres hydrates de carbone remonte au début de l'histoire. Il n'est pas considéré comme une drogue.

Effets :

- **L'intoxication aiguë : ivresse, caractérisée par trois phases successives typiques :**

Une phase d'excitation

Un état d'ébriété

Un état de dépression pouvant évoluer vers le coma.

- **L'intoxication chronique :**

Encéphalopathie, atrophie cérébrale, stéatose, cirrhose, hépatite.

Dépression qui peut ramener au suicide

C'est un cocarcinogène avec le tabac

4 . 4 . 3 . 2 . a) Tolérance et dépendance :

La tolérance est rapide,

Il entraîne dépendance physique et psychique (tolérance croisée avec les benzodiazépines).

4 . 4 . 3 . 3) Barbituriques : Agoniste Gabaergique, Antagoniste du glutamate

Signes proches de ceux de l'intoxication alcoolique, Coma des barbituriques, Effet déprimeurs, et inducteur. Ils entraînent une forte tolérance et une dépendance majeure à la fois physique et psychique,

4 . 4 . 3 . 4) Benzodiazépines :

Elles sont utilisées principalement dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie

Elles potentialisent l'activité Gabaergique

T. chronique : (TRT prolongé, toxicomanie)

Les effets peuvent être importants :

- Troubles de vigilance, altération des performances physiques
- Sujets âgés : confusion mentale, hypotonie musculaire
- Troubles de concentration, amnésie antérograde
- État dépressif, effets paradoxaux (hostilité, insomnie) ⇒ Arrêt immédiat du TRT.

4 . 4 . 3 . 4 . a) Dépendance :

Dépendance psychique et physique importante qui se manifeste en cas d'arrêt brutal du traitement par :

*syndrome d'abstinence (comparable à celui de l'alcool)

*symptômes de manque (hallucinations, anxiété, tremblements...)

Ce qui oblige la diminution progressivement la dose en fin de TRT

4 . 5) La prise en charge :

Le traitement de la dépendance est un traitement à long terme. L'objectif, quel que soit l'objet (ou les objets) d'addiction, doit être l'arrêt de la consommation ou du comportement et le maintien dans la durée de cet arrêt. La difficulté du sujet dépendant réside bien plus dans son incapacité à ne pas reprendre l'usage ou l'utilisation compulsive après une période d'arrêt que dans le phénomène d'arrêt en tant que tel. Le travail de tout clinicien va donc se concentrer essentiellement sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute à long terme.

4 . 5 . 1) Prise en charge des complications :

La consommation des substances psychoactives expose a plusieurs risques physiques et psychique. Ces risques peuvent causer des menaces vitales graves comme les surdosages qui sont une cause d'un arrêt cardiaque

Donc devant toute complications physiques ou psychiques il faut la traiter au premier plan. Il ne faut pas hésiter ou retarder la prise en charge des complications.

4 . 5 . 2) Cure de sevrage : a donc une utilité double :

Directe : diminution de la consommation de produits opiacés, voire même abstinence totale

Indirecte : prise de conscience de la dépendance, désir du sujet d'intégrer le système de soin médical et médico-social amélioration de la qualité du suivi et des aides à l'insertion familiale, professionnelle et sociale.

-Une évaluation (sociale, psychique, somatique...) est faite au début. Un contrat est établi avec le patient après une information sur les problèmes qu'il peut les rencontres au cours du sevrage .et - un bilan biologique, sérologique, et totale doit être fait.

Recours à des médicaments : Le recours à des médicaments pour diminuer les effets du sevrage est parfois nécessaire.

4 . 5 . 3) Postcure :

C'est une période délicate ou le patient doit faire toute sa force pour résister et ne pas rechuter. Une prise en charge médicale, psychiatrique et psychologique, parfois sociale, est incontournable afin de prévenir au mieux la reprise de la substance toxique.

- Interventions motivationnelles : est une thérapie directive, centrée sur le patient, dont le but est d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et résoudre son ambivalence.

- Thérapies cognitivo- comportementales : ont pour but d'aider les patients à être conscients du caractère pathologique ou tout du moins dysfonctionnel de leurs stratégies cognitives.

- Psychothérapie de groupe.

4 . 6) Prévention :

4 . 6 . 1) Prévention primaire :

Elle est basée sur l'information sur les effets néfastes de la toxicomanie surtout pour les groupes à haut risque de consommer (les adolescents, les pauvres ...)

4 . 6 . 2) Prévention secondaire :

Tout simplement c'est de traiter ou stopper les sujets qui consomment et sont en voie d'être dépendant par leurs offrir les substitutions.

4 . 6 . 3) Prévention tertiaire :

Traiter les personnes addictes et favoriser les conditions pour ne pas rechuter.

Chapitre 3 :

**COMORBIDITE : SCHIZOPHRENIE ET
TOXICOMANIE**

5) Comorbidité : schizophrénie et toxicomanie

5.1) Introduction :

La coexistence simultanée d'un trouble psychiatrique classique et d'un trouble addictif. Peut, être définie comme une « comorbidité » d'un point de vue clinique, il est très important de définir précisément les divers types de relation que l'on peut trouver entre ces deux pathologies

Les comportements addictifs présentent des caractéristiques spécifiques chez les personnes schizophrènes. La nicotine est une dépendance plus grave. Elle se manifeste plus tôt chez les individus schizophrènes qu'en général. Les répercussions physiques sont également plus graves et plus précoces. Les schizophrènes qui boivent de l'alcool le font plus souvent. La consommation de cannabis les met davantage en danger que les autres patients. Enfin, les schizophrènes consomment davantage de cocaïne de manière intermittente.

5.2) Les trois modèles d'interaction entre addiction et schizophrénie

Trois modèles ont été proposés au vu des analyses cliniques et des données épidémiologiques.

- Le premier concerne la méthode de l'automédication. D'après ce modèle, la schizophrénie serait responsable de l'addiction aux substances.

- Selon le deuxième modèle, il est possible que les comportements addictifs entraînent la schizophrénie.

- Une hypothèse supplémentaire suggère que la schizophrénie et les comportements addictifs partagent des origines biologiques, en particulier génétiques.

5.2.1) Hypothèse de l'automédication

D'après cette hypothèse, appelée automédication, les patients psychotiques consomment des substances psychoactives afin de mieux gérer leurs symptômes. L'alcool et les autres substances psychoactives seraient utilisés par les schizophrènes comme des médicaments « sauvages » afin de répondre pharmacologiquement à des émotions négatives. Par exemple, ils pourraient employer des substances stimulantes afin de résoudre leurs symptômes d'épuisement

ou de dépression. Si les schizophrènes consomment autant de substances psychoactives, c'est qu'ils en tirent un avantage psychologique et une diminution temporaire de leur niveau de stress et de souffrance.

L'hypothèse de l'automédication est de plus en plus discutée. Si elle était parfaitement pertinente, les schizophrènes consommeraient des molécules différentes selon que leurs symptômes prédominants sont délirants ou déficitaires.

Les schizophrénies déficitaires devraient être plus associées à la consommation, par exemple, de psychostimulants comme la cocaïne ou les amphétamines. Les schizophrénies avec forte angoisse dissociative devraient consommer plus de sédatifs. Les études récentes ne confirment pas une telle distribution des substances psychoactives selon la clinique du trouble psychotique.

Les consommations de substances chez les schizophrènes ne diffèrent pas de celles observées chez les patients ayant des conduites de dépendance sans psychose. Il est maintenant bien établi que les symptômes déficitaires ne sont pas spécifiquement inducteurs de consommation de psychostimulants. Il n'existe donc pas de tableau clinique spécifique d'un type de schizophrénie et d'un type de substance. Cependant, quelques données non reproduites régulièrement laissent entendre que la cocaïne pourrait être utilisée comme psychostimulant par un sous-groupe de schizophrènes déficitaires.

Les recherches sur le sujet sont également restreintes par la problématique toujours en cours en psychiatrie et en addictologie de la pré- et post polarité. Il est compliqué de distinguer les symptômes psychiatriques éventuellement responsables et ceux qui pourraient être causés par l'abus de substances. Seules des recherches prospectives sur une période de plusieurs années permettraient de surmonter cette approche biaisée.

La consommation excessive de substances psychoactives, qu'il s'agisse d'alcool, d'opiacés ou d'autres substances, entraîne une augmentation des symptômes psychotiques, comme le démontrent les quelques études prospectives publiées. La consommation de substance psychoactive n'a pas entraîné de diminution des signes déficitaires, et notamment chez les patients dépendants des psychostimulants.

Dans les années 1990, des recherches avaient également avancé que les schizophrènes utilisent des substances psychoactives afin d'améliorer leur interaction sociale. Pour être plus sociables et moins gênés dans les relations avec les proches ou avec leur famille, ils pourraient consommer du cannabis, des psychostimulants ou des opiacés. Il n'a jamais été clairement prouvé que les substances psychoactives ont un effet de facilitation sociale. Une autre hypothèse, non confirmée non plus, suppose que les schizophrènes ayant des comportements addictifs sont plus sociables et que leur « aptitude à se droguer » reflète un niveau d'activité global plus élevé.

5 . 2 . 1 . 1) Neuroleptiques et automédication :

Les effets secondaires des antipsychotiques sont le dernier aspect de la conception selon laquelle les schizophrènes seraient auto-médiqués par des substances psychoactives. On avait supposé que ces produits compensassent le blocage dopaminergique provoqué par les neuroleptiques par exemple. Pour cette raison, les psychotropes étaient destinés à compenser les effets de dysphorie et les effets latéraux moteurs des neuroleptiques (syndrome extrapyramidal, akatisie).

Le cannabis est utilisé par certains schizophrènes pour pallier les effets extrapyramidaux des neuroleptiques ou encore pour la relaxation. Les individus souffrant de schizophrénie rapportent des sensations d'euphorie et de diminution de la dépression lorsqu'ils consomment du cannabis. Chez certains patients, la consommation de cocaïne pourrait avoir des effets à la fois sur les symptômes négatifs et positifs. Elle pourrait également servir de traitement pour la dépression ou au moins pour l'amélioration de l'anergie. Parallèlement, la cocaïne a des effets dopaminergiques qui augmentent le risque de rechute psychotique.

Selon P. Batel, (25) les schizophrènes pourraient utiliser les psychostimulants, la nicotine ou l'alcool pour réduire leur déficit émotionnel et « compenser » les effets des traitements antipsychotiques. Les schizophrènes alcooliques présentent plus de symptômes délirants que les schizophrènes non alcooliques. Chez les schizophrènes dépendants de la nicotine, les symptômes négatifs sont plus courants. On a observé une plus grande prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients schizophrènes dépendants de l'alcool ou de la cigarette. Chez les personnes qui sont dépendantes de l'alcool ou de la nicotine, le sous-type de schizophrénie

paranoïde ou productive est plus fréquent. De plus, l'alcoolisme joue un rôle prédictif dans la prévention du suicide.

Chez les individus schizophrènes plutôt qu'en général. Il y a aussi la personnalité des schizophrènes. Les individus schizophrènes qui ont une forte recherche de nouveauté ou une personnalité antisociale sont plus susceptibles de développer une dépendance.

Selon une autre explication, les neuroleptiques, qui sont des antagonistes de la dopamine, pouvaient entraîner une hypersensibilité aux agonistes dopaminergiques, ce qui pourrait entraîner une dépendance accrue à des substances telles que la cocaïne, qui augmentent la dopamine. Il n'est pas facile de confirmer cette hypothèse, en particulier parce que les schizophrènes ont tendance à consommer des substances psychoactives avant l'apparition des symptômes. En outre, aucun usage préférentiel d'agonistes dopaminergiques tels que la cocaïne n'a pu être prouvé chez les schizophrènes sous neuroleptiques.

5 . 2 . 2) Les abus de substances provoqueraient la schizophrénie

Selon cette deuxième théorie, la consommation de substances psychoactives pourrait être à l'origine de troubles psychotiques chroniques. Les principales molécules concernées sont les hallucinogènes comme le LSD, les psychostimulants comme la cocaïne et enfin les amphétamines et le cannabis. L'alcool n'apparaît pas comme un déterminant des troubles psychotiques induits. Ce modèle de la psychose induite ne peut donc pas s'appliquer aux comorbidités entre la dépendance à l'alcool et la schizophrénie. La molécule la plus étudiée dans le cadre des psychoses toxiques est le cannabis. Les cohortes de patients des années 1980 démontraient que le fait de consommer du cannabis multipliait par 2,5 le risque de schizophrénie. Un individu ayant consommé du cannabis plus de 50 fois dans sa vie avait un risque de développer une schizophrénie multipliée par six. La consommation de cannabis n'est cependant pas le seul facteur de risque de schizophrénie. Les abus d'autres substances psychoactives sont également déterminants, de même que les facteurs sociaux.

Dans ces situations associant cannabis et état psychotique, il reste difficile de savoir si le cannabis est une cause ou une conséquence de la symptomatologie schizophrénique. Chez certains patients – l'expérience clinique le confirme –, la consommation de cannabis apparaît en même temps que les premiers signes de la schizophrénie. De nombreuses études prospectives

ont tenté de démontrer sur 1 an l'effet ou non du cannabis en tant que facteur causal de schizophrénie. Leurs résultats sont contrastés. Chez la plupart des patients, la consommation de substances psychoactives a précédé le premier épisode psychotique. De manière générale, la consommation de substances psychoactives apparaît plus tôt dans l'existence que la schizophrénie. S'il n'est pas discutable qu'il existe des états psychotiques aigus qualifiés de psychoses cannabiques, le rôle déterminant du cannabis dans la survenue d'une schizophrénie est suspecté, mais pas encore complètement démontré. Les autres substances psychoactives interviennent également dans ces formes de schizophrénie à début précoce. Les principales substances concernées sont l'alcool ou les opiacés.

5 . 2 . 3) Facteurs génétiques communs

Selon le troisième modèle, les comportements addictifs et la schizophrénie pourraient être liés à des déterminismes génétiques communs. Une agrégation familiale est également présente entre les deux troubles. Dans l'entourage familial des patients schizophrènes, les comportements addictifs sont plus courants que dans la population générale. Il existe un risque de schizophrénie chez les descendants de parents schizophrènes, ainsi que d'abus de substances.

Les études de jumeaux montrent que l'environnement pourrait moduler l'expression de la symptomatologie psychiatrique. Les patients pourraient être exposés tout à la fois à des troubles psychotiques et des troubles addictifs. Selon l'environnement dans lequel ils vivent, l'un ou l'autre des troubles pourrait s'exprimer .(20)

Les études menées en population générale mettent également en évidence une forte prévalence du tabagisme chez les schizophrènes : 74 à 88 % d'entre eux sont tabagistes. Ces chiffres sont supérieurs à ceux observés dans la population générale.

Chez les schizophrènes, l'abus de psychostimulants est 4 fois plus fréquent que chez les non-schizophrènes. La consommation d'alcool est d'environ 20 à 50 % dans les groupes de schizophrènes. Chez les hommes, le tabagisme est plus répandu que chez les femmes. Il est aussi plus courant chez les schizophrènes en établissement que chez les patients en consultation. Pour l'ensemble des drogues illicites, la prévalence de la consommation, de l'abus ou de la dépendance est de 26,5 % chez les schizophrènes. Il y a une prévalence de 2 à 5 fois supérieure

à celle de la population générale. D'autres études démontrent que les patients souffrant de dépendance à l'alcool sont 4 fois plus susceptibles de souffrir de schizophrénie.

PARTIE PRATIQUE :

6) Matériels et méthodes

6 . 1) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective sur un échantillon de 129 patients schizophrènes hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB - Ouargla durant 07 mois d'octobre 2023 à mai 2024.

6 . 2) Description de lieu d'étude :

Cette étude est réalisée au niveau du l'EHS de psychiatrie HDEB - Ouargla qui est constitué de 02 blocs séparés :

-le premier c'est le service ou s'assure la consultation et les urgences de la psychiatrie infanto- juvénile.

-le deuxième ou le bloc majoritaire c'est pour la consultation, les urgences ainsi que les différents services d'hospitalisation en psychiatrie adulte.

Le premier étage : un bloc administratif.

6 . 3) Durée de recrutement :

Elle s'est déroulée sur une période allant du 12 octobre 2023 au 05 mai 2024 soit une durée de 07 mois.

6 . 4) La population d'étude :

Cette étude avait porté sur tous les patients atteints de schizophrénie hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB Ouargla, âgés de 18 ans et plus, quel que soit leur lieu de résidence ou le type d'hospitalisation (volontaire, à la demande d'un tiers ou d'office) durant la période allant d'octobre 2023 au mai 2024.

6 . 5) Critères d'éligibilité :

6 . 5 . 1) Critères d'inclusion :

De ce fait, nous avons recensé les patients schizophrènes ayant été hospitalisé à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla entre octobre 2023 au mai 2024.

- Répondant aux critères de la classification internationale DSM V.

- Adultes âgés de 18 ans et plus.

- Quel que soit le sexe et l'origine géographique.

6.5.2) Critères de non-inclusion :

- Patients inférieurs à 18 ans.
- L'absence de consentement.
- Les patients gravement désorganisés ou déficitaires et instables.
- Ne répondant pas aux critères de la classification internationale DSM-V.

6.6) Collecte des données :

Nous avons collecté nos données à l'aide d'une fiche d'enquête (Annexe I), dossiers d'hospitalisations et l'interrogatoire avec les patients.

6.7) Saisies et traitement de texte :

Ces données ont été saisies et traitées à l'aide du Pack office 2021 et du logiciel IBM SPSS statistics 25. Le logiciel Zotero 6.0.36 a également été utilisé pour les références bibliographiques. Après avoir observé certains résultats, nous avons conduit une étude descriptive.

L'analyse porte sur le calcul des fréquences et des pourcentages pour les variables qualitatives. Et sur le calcul de la moyenne pour les variables quantitatives.

Les tests paramétriques classiques ; Chi-deux, test de Student ont été utilisés pour les comparaisons entre le groupe des patients schizophrènes usagers des substances et les non-usagers.

6.8) Considérations éthiques :

Les patients ont été inclus dans cette étude après :

- Avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les différents objectifs de cette étude et donné leur consentement ou avoir celui de leur proche.
- La confidentialité des données a été garantie ; les noms des patients ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude.

6.9) Les variables étudiées

▪ Le sexe :

- ✓ Homme
- ✓ Femme

▪ Lieu de résidence :

- ✓ Ouargla
- ✓ Touggourt
- ✓ Ghardaia
- ✓ Autres wilaya (Biskra, Laghouat, Ilizi, Alger, El Mghair, El Oued...).

▪ L'âge : répartie en 04 tranches d'âges :

- ✓ De 18 à 25 ans
- ✓ De 26 à 30 ans
- ✓ De 31 à 35 ans
- ✓ De 36 à 40 ans
- ✓ Plus de 40 ans

▪ Le niveau scolaire :

- ✓ Sans
- ✓ Primaire
- ✓ Moyen
- ✓ Secondaire
- ✓ Universitaire

▪ Le statut marital :

- ✓ Célibataire

- ✓ Marié(e)
- ✓ Divorcée
- ✓ Veuf (Ve)
 - L'activité professionnelle :
- ✓ Ouvrier
- ✓ Fonctionnaire
- ✓ Chômeur.
- ✓ Fonction libérale.
 - Les antécédents personnels médicaux :
- ✓ HTA.
- ✓ Diabète.
- ✓ HTA+ Diabète.
 - Les antécédents personnels judiciaire : Oui Non
 - Les antécédents personnels psychiatriques : Oui Non
 - Nombre de tentatives de suicides : Oui Non Nombre
 - Nombre d'hospitalisation en psychiatrie :
 - Les antécédents personnels toxiques :
- ✓ Tabac
- ✓ Alcool
- ✓ Psychotrope
- ✓ Cannabis
 - Les antécédents psychiatriques familiaux : Oui Non
 - Les antécédents familiaux toxiques :

- ✓ Tabac
- ✓ Alcool
- ✓ Psychotrope
- ✓ Cannabis
 - L'âge du début de la schizophrénie :
 - ✓ De 18 à 25 ans
 - ✓ De 26 à 30 ans
 - ✓ De 31 à 35 ans
 - ✓ De 36 à 40 ans
 - ✓ Plus de 40 ans
 - Le type de la schizophrénie :
 - ✓ Simple
 - ✓ Catatonique
 - L'âge du début de l'usage des substances psychoactives :
 - ✓ Moins de 18 ans
 - ✓ De 18 à 25 ans
 - ✓ De 26 à 30 ans
 - ✓ De 31 à 35 ans
 - ✓ De 36 à 40 ans
 - ✓ Plus de 40 ans
 - La façon de l'usage des substances psychoactives :
 - ✓ Occasionnelle
 - ✓ Régulière
 - L'accessibilité des substances psychoactives :
 - ✓ Accessible facilement
 - ✓ Non accessible facilement
 - Antériorité de l'usage par rapport à la maladie :
 - ✓ Avant

- ✓ Au cours de la maladie
 - Les effets recherchés par la consommation des substances PSA :
- ✓ Euphorie
- ✓ Anxiolytique
- ✓ Être avec les amis

7) Les résultats

7.1) Analyses descriptives :**7.2) Les caractéristiques sociodémographiques :****7.2.1) Répartition des schizophrènes selon le sexe :**

Il y a 123 hommes et 6 femmes parmi les patients. Le ratio de sexe est donc d'environ 20,5 hommes pour chaque femme.

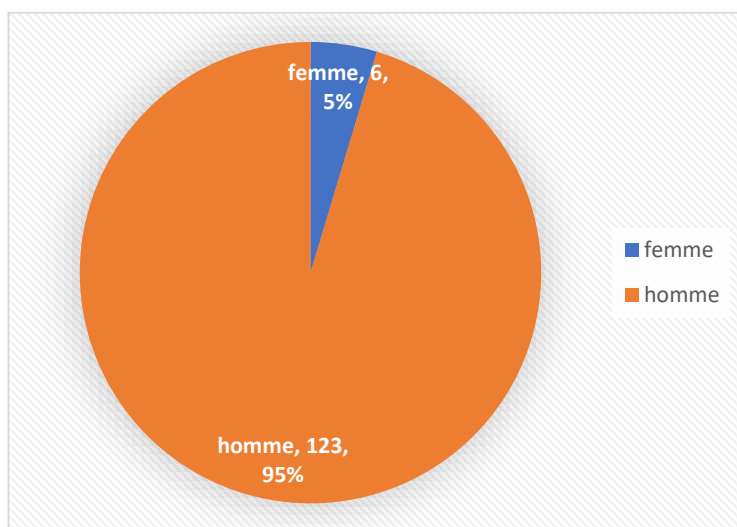


Figure 3 Répartition des schizophrènes selon le sexe

7.2.2) Répartition des schizophrènes selon les tranches d'âge :

La tranche d'âge ≥ 40 ans représente la tranche la plus représentée avec 34,1% des cas suivie par la tranche de 18-25 ans avec 21,7% ; la moyenne d'âge était de 35.82 ans et la médiane d'âge était de 36,00 ans \pm 11,06 avec des extrêmes d'âge (19-67) ans.

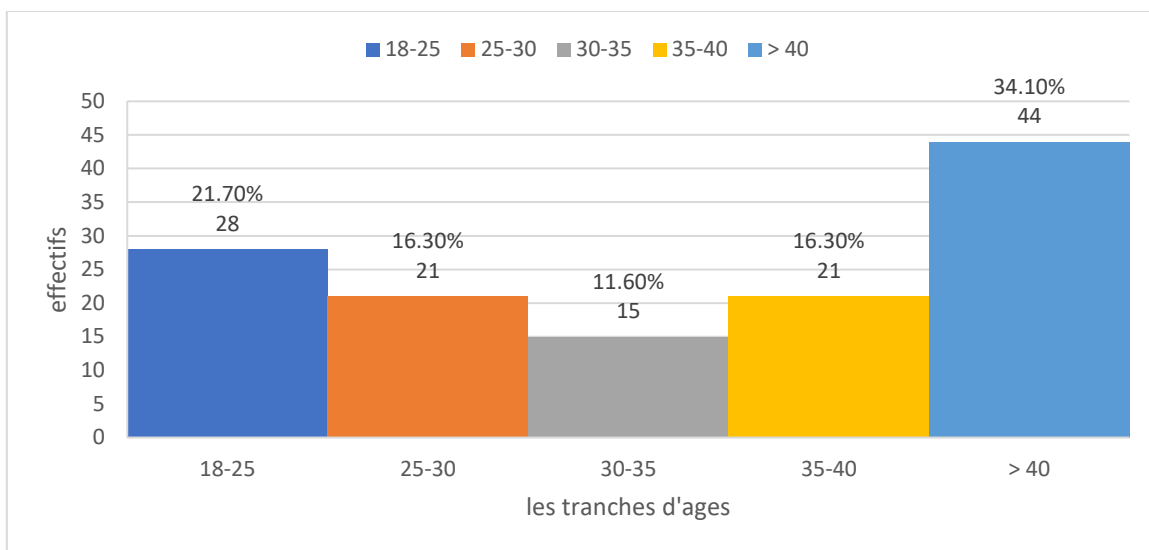


Figure 4 Répartition des schizophrènes selon les tranches d'âge

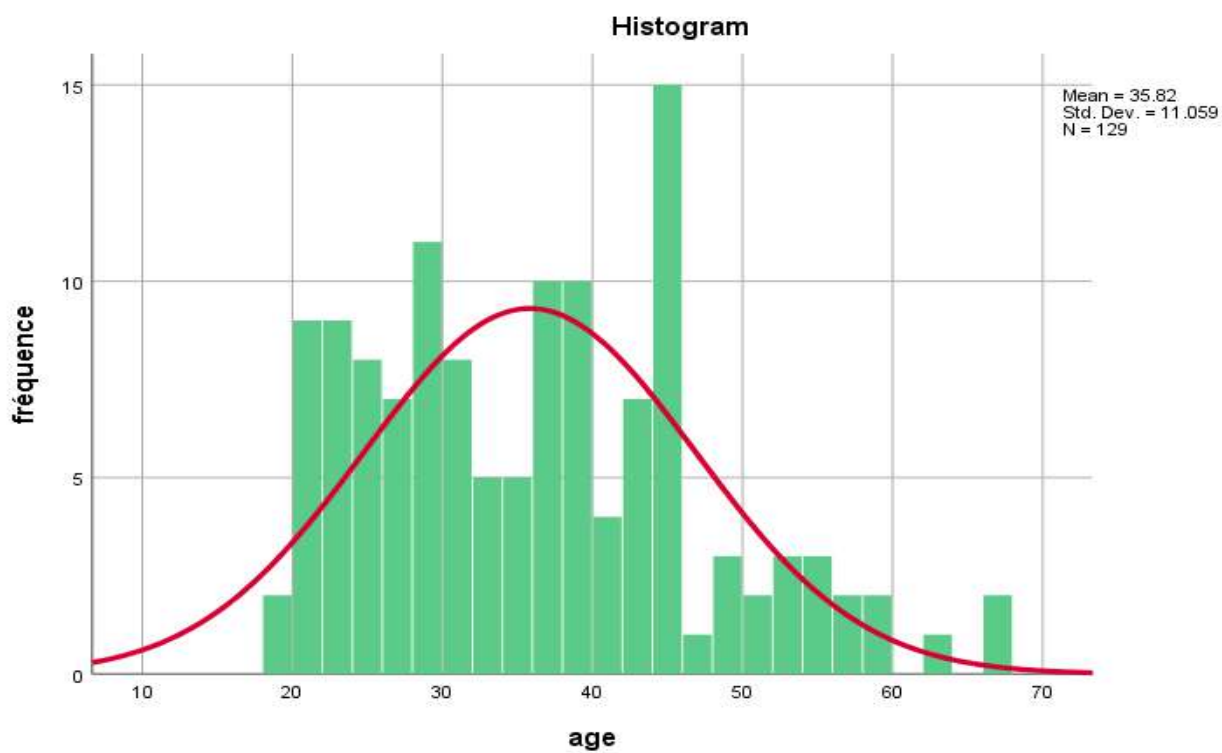


Figure 5 Répartition des schizophrènes selon l'âge avec la moyenne

7.2.3) Répartition des schizophrènes selon le statut marital :

La majorité 63% (n=82) des patients sont des célibataires.

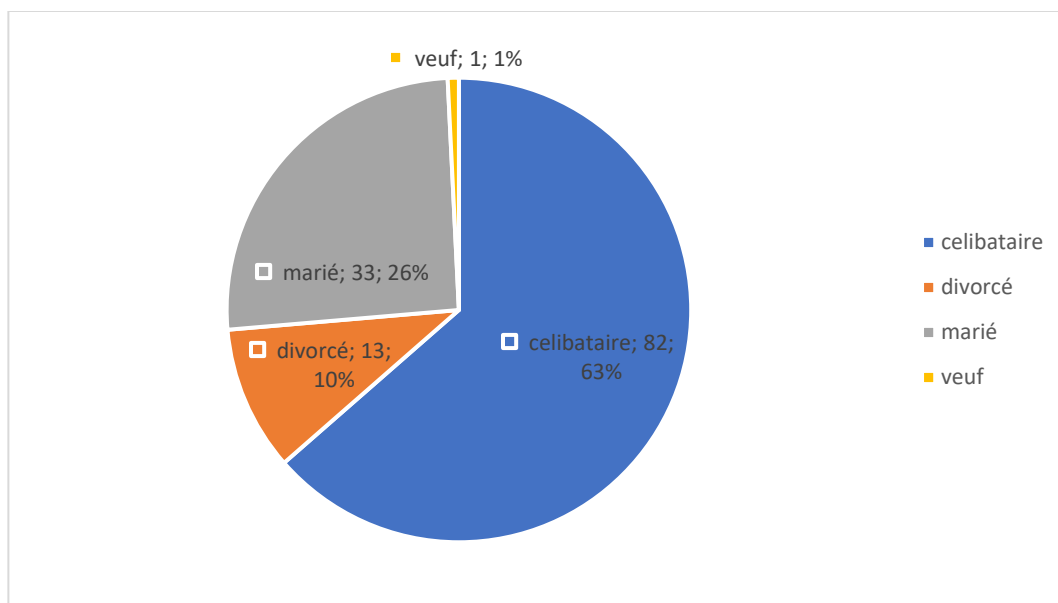


Figure 6 Répartition des schizophrènes selon le statut marital

7.2.4) Répartition des schizophrènes selon le niveau d'instruction :

La plupart de nos patients avaient un niveau d'instruction bas soit 48,8% avec un niveau d'instruction moyen, 13,2% un niveau d'instruction primaire, 17,8% secondaire et que 14,7% ont un niveau universitaire.

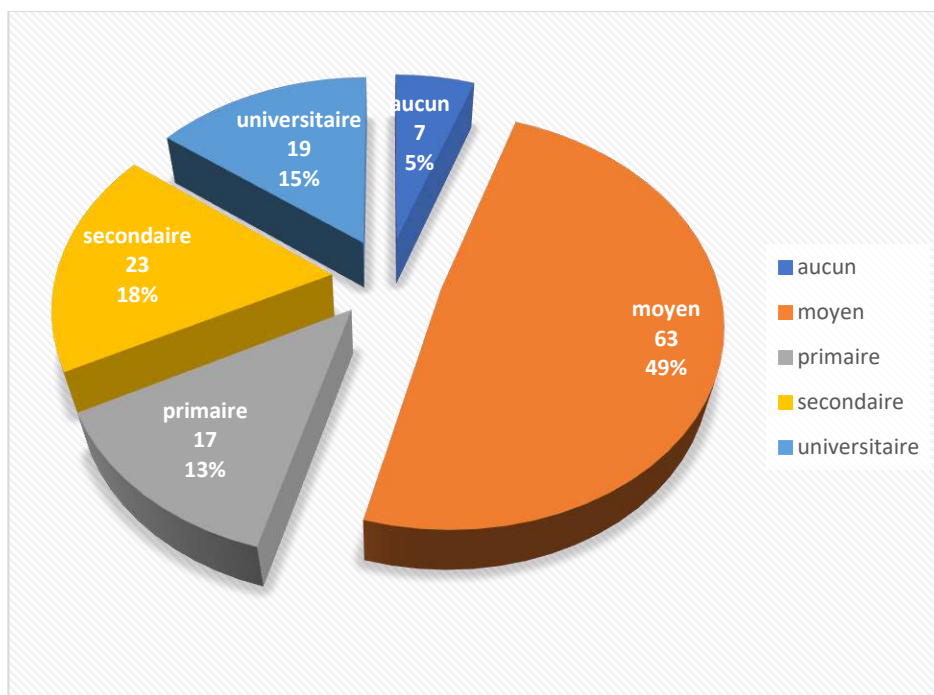


Figure 7 Répartition des schizophrènes selon le niveau d'instruction

7.2.5) Répartition des schizophrènes selon l'activité professionnelle :

Les sans-emploi (chômeurs) représentaient 46.5 % (n=60) des enquêtés.

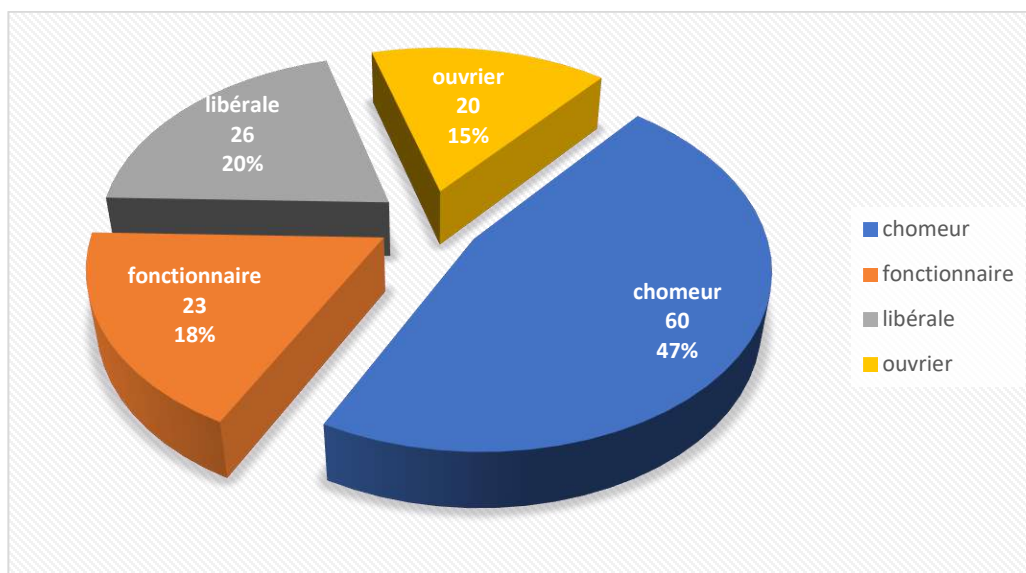


Figure 8 Répartition des schizophrènes selon l'activité professionnelle

7.2.6) Répartition des schizophrènes selon le lieu de la résidence :

Nous constatons que la majorité de nos patients réside à Ouargla (59,7 %), avec des populations plus petites à Touggourt (16,3 %) et Ghardaïa (10,9 %). 13,2% les autres wilayas (Laghouat, Biskra, Alger, El Mghair ...).

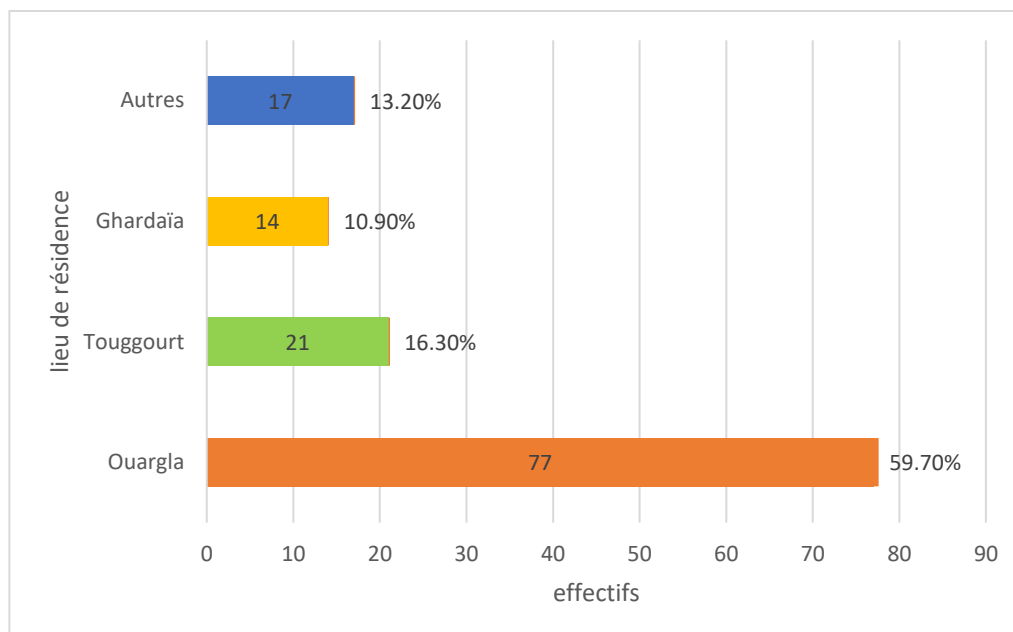


Figure 9 Répartition des schizophrènes selon le lieu de la résidence

7.3) Les antécédents personnels et familiaux :

7.3.1) Répartition des schizophrènes selon les antécédents judiciaires :

On note que 27.1% (n=35) des patients ont des antécédents judiciaires.

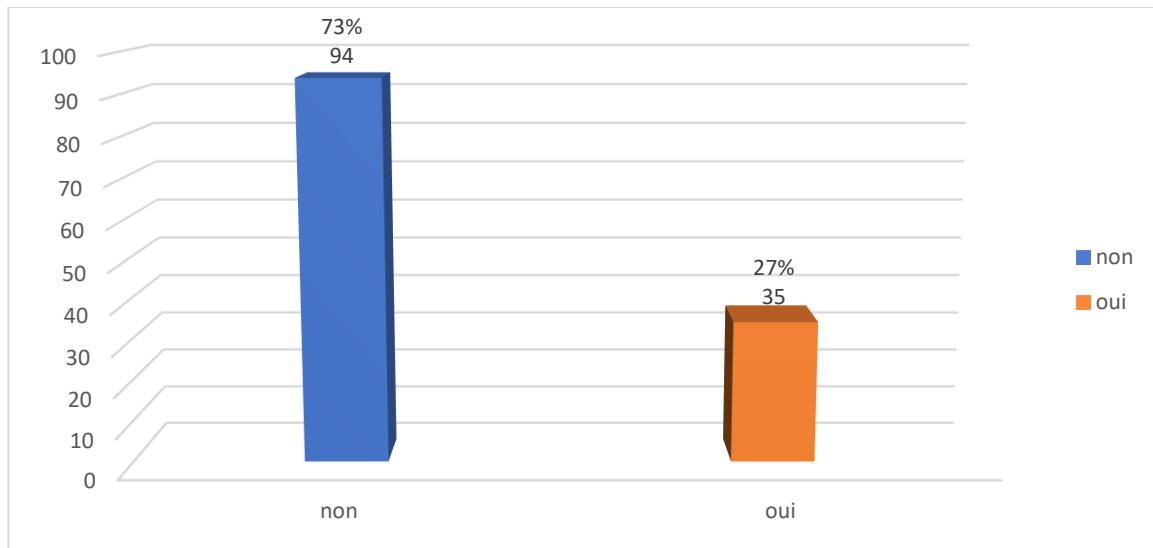


Figure 10 Répartition des schizophrènes selon les antécédents judiciaires

7.3.2) Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels médicaux :

10,1% des schizophrènes ont des antécédents personnels médicaux.

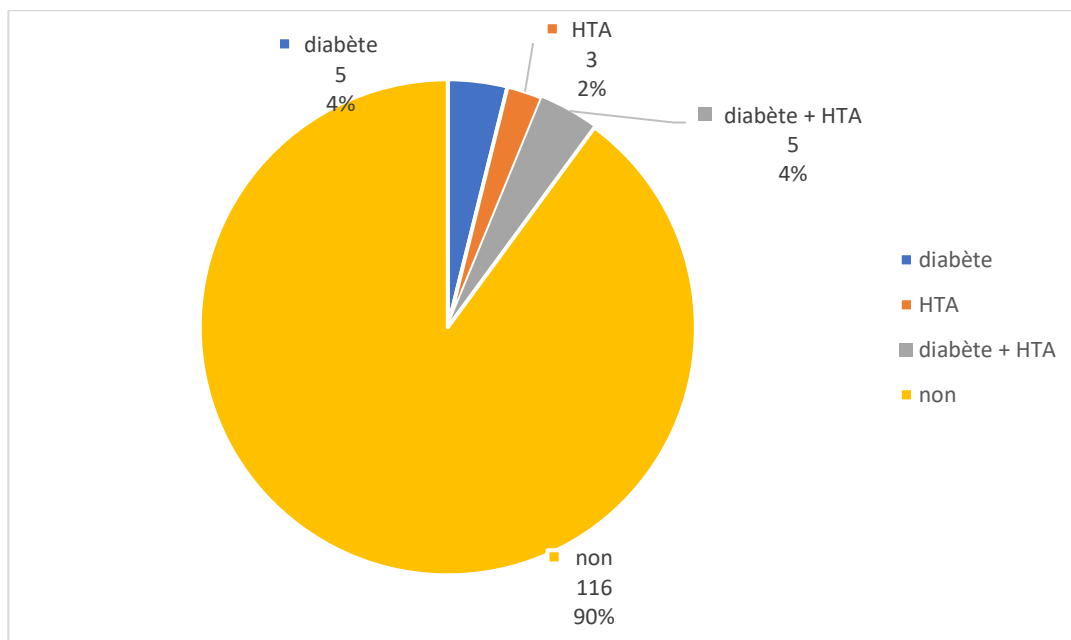


Figure 11 Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels médicaux

7.3.3) Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels psychiatriques :

On observe que seulement 07% (09 patients) ont des antécédents personnels psychiatriques hors la schizophrénie (la dépression++, troubles anxieux, ...)

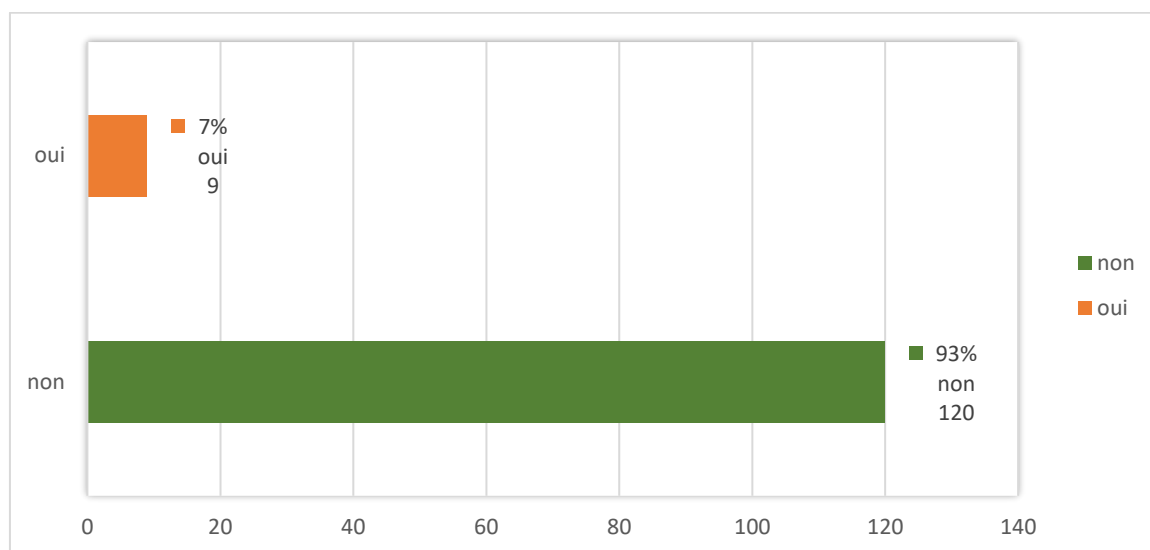


Figure 12 Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels psychiatriques

7.3.4) Répartition des schizophrènes selon les antécédents et le nombre des tentatives de suicide :

17.8 % (n=23) de nos patients ont fait au moins une tentative de suicide ou plus dont 7% ont fait deux tentatives de suicides ou plus.

Tableau 1 Répartition des schizophrènes selon les tentatives de suicides

Antécédents de TS	Effectifs	Pourcentages
Oui	23	17.8%
Non	106	82.2%

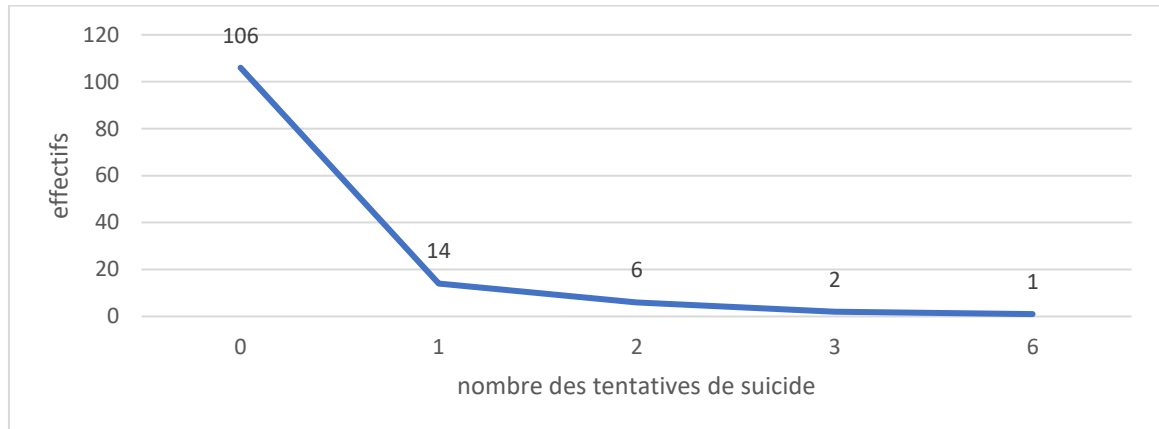


Figure 13 Répartition des schizophrènes selon le nombre des tentatives de suicide

7.3.5) Répartition des schizophrènes selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie :

On a trouvé que 75.2% (n=97) des patients ont des antécédents d’hospitalisation en psychiatrie de moyenne de 2.42 +/- 3.77 hospitalisations.

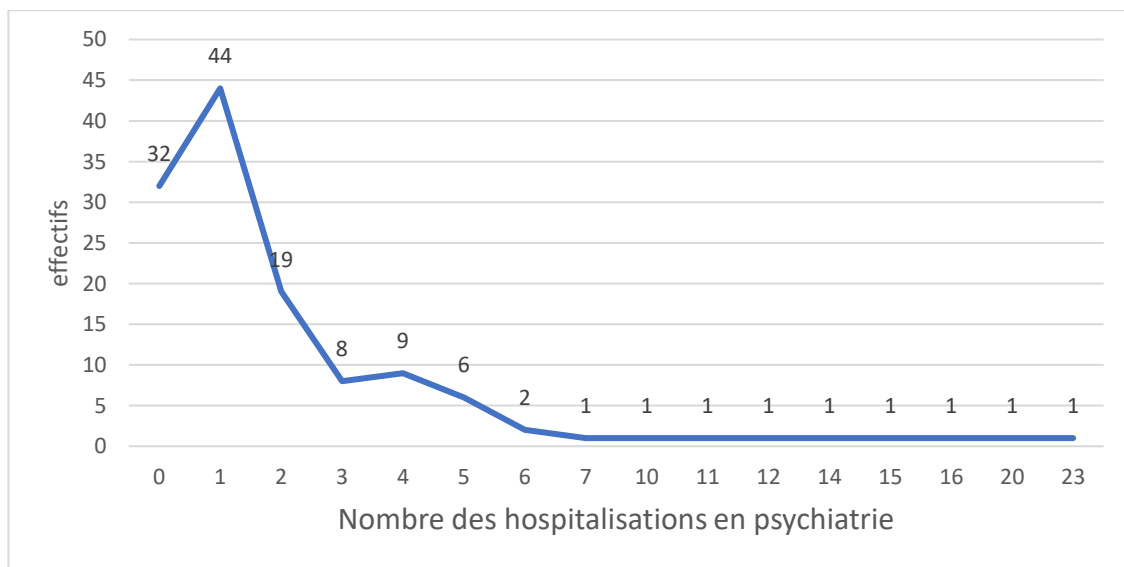


Figure 14 Répartition des schizophrènes selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie

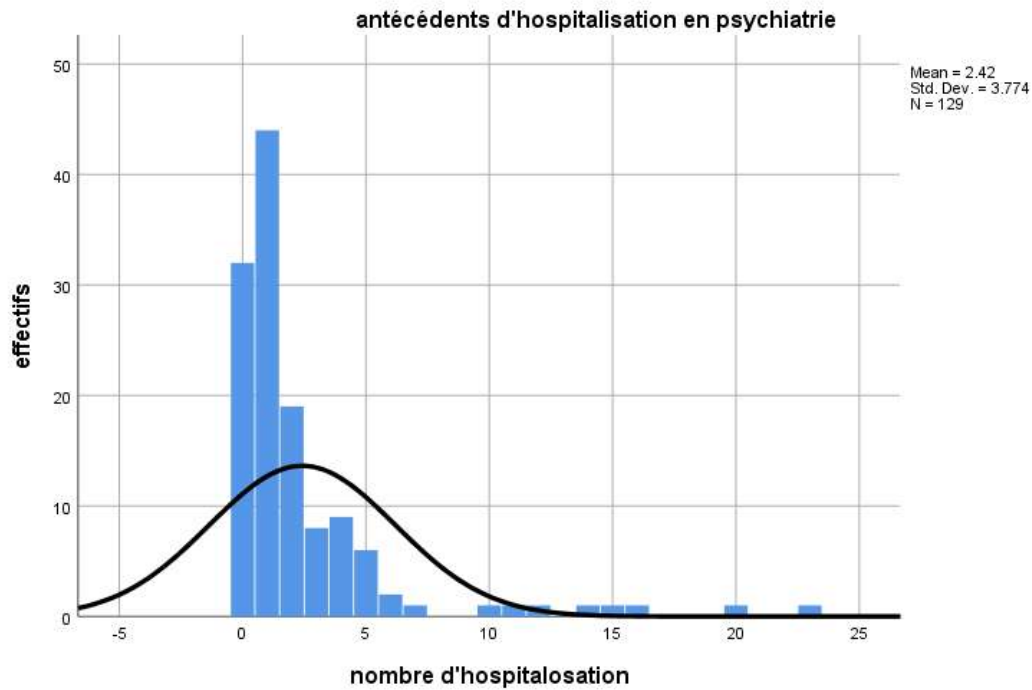


Figure 15 Répartition des schizophrènes selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie avec la moyenne

7.3.6) Répartition des schizophrènes selon les antécédents psychiatriques familiaux :

Les antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 43% (soit aux nombres de 56) du nos patients

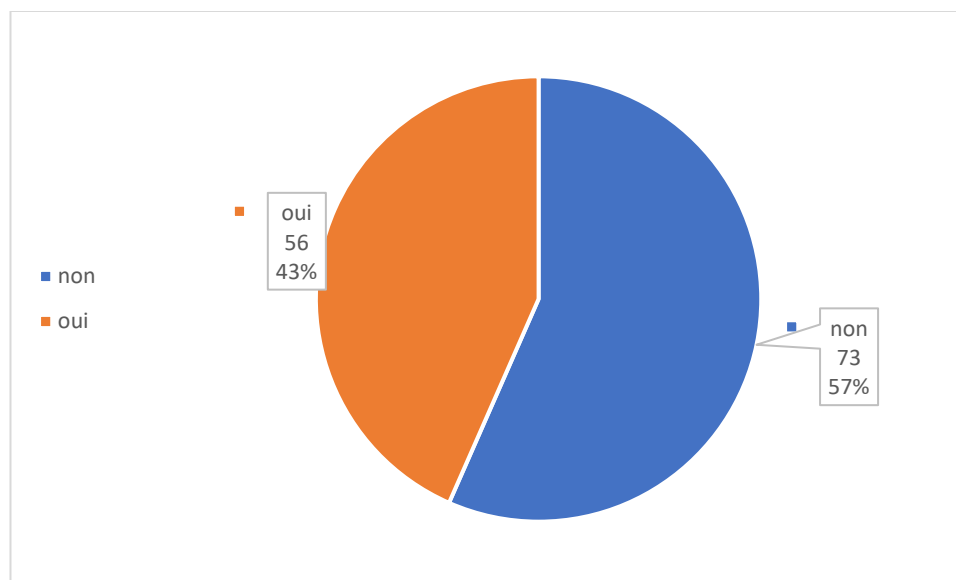


Figure 16 Répartition des schizophrènes selon les antécédents psychiatriques familiaux

7.3.7) Répartition des schizophrènes selon les antécédents toxiques familiaux :

Les antécédents toxiques familiaux étaient retrouvés chez 35% (soit aux nombres de 45) du nos patients

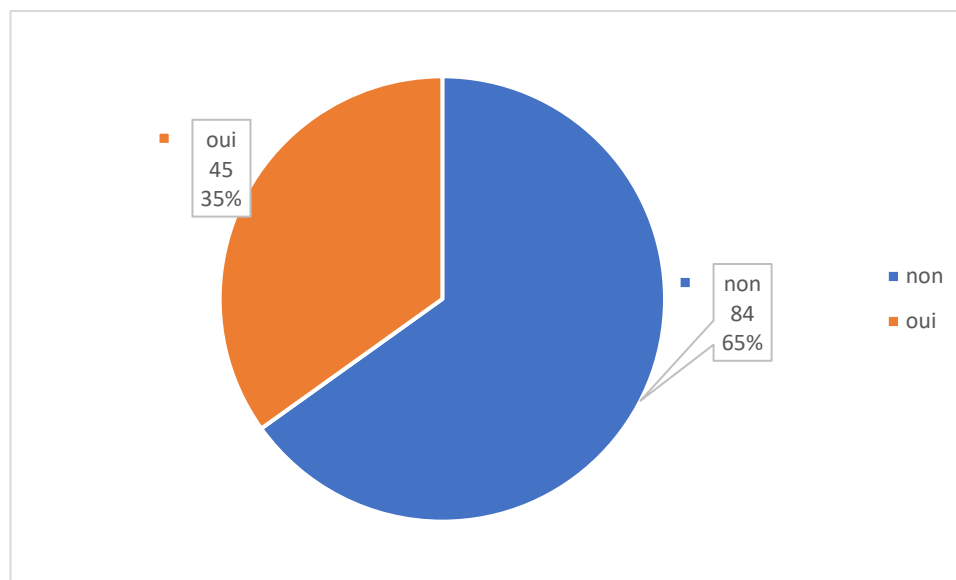


Figure 17 Répartition des patients selon les antécédents toxiques familiaux

7.3.8) Répartition des schizophrènes selon la substance toxique consommée par la famille :

Le tabac est le toxique le plus consommé par les familles des patients, avec 42 cas, suivi d'une grande différence par le cannabis avec 14 cas, l'alcool avec 13 cas, et les psychotropes avec 9 cas.

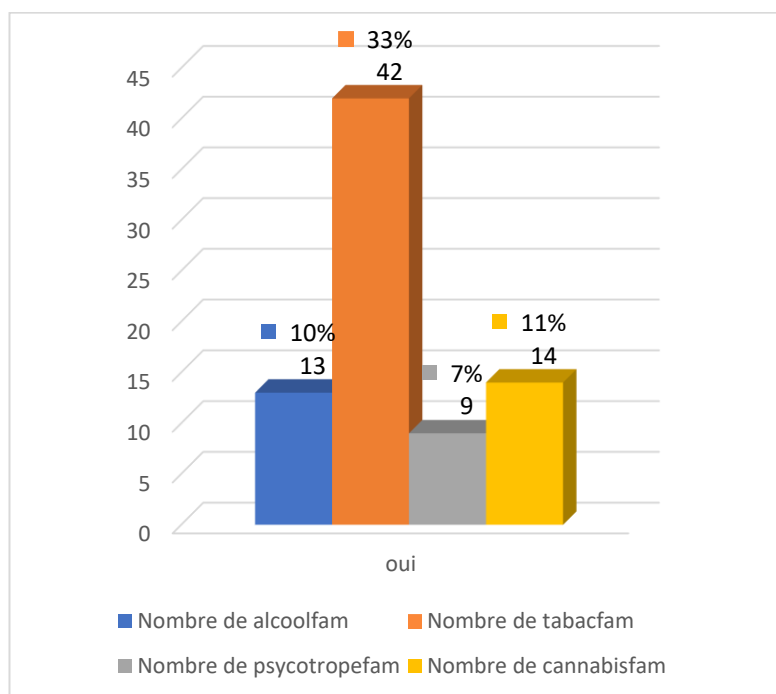


Figure 18 Répartition des schizophrènes selon la substance toxique consommée par la famille

7.3.9) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA :

La majorité de nos patients 76% ont des antécédents toxiques.

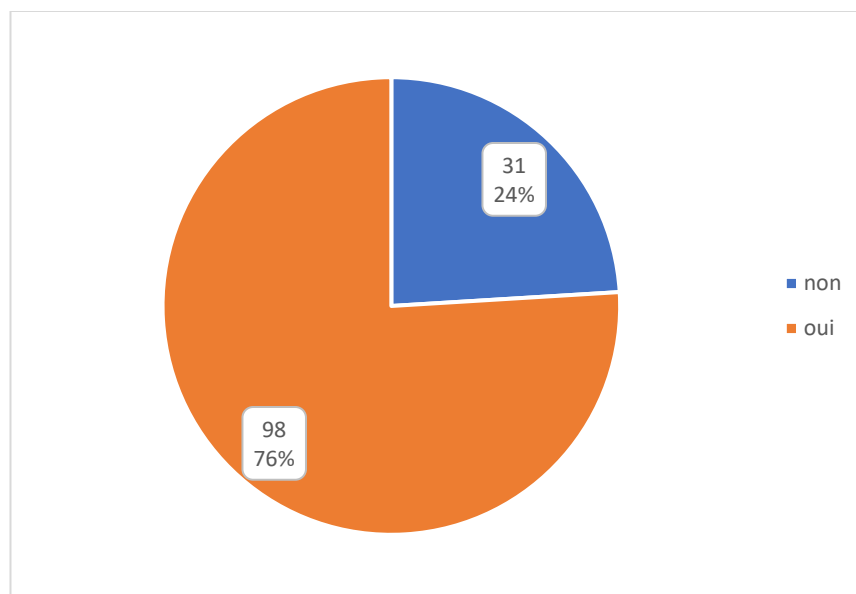


Figure 19 Répartition des schizophrènes selon les antécédents personnels toxiques

7.3.10) Répartition des schizophrènes selon le type du toxique consommé :

On remarque que le tabac est le toxique le plus consommé, suivi du cannabis, l'alcool puis les psychotropes avec des pourcentages respectivement 73.6%, 41.1 %, 31%, 27.1% de l'ensemble des questionnés. Cette répartition met en évidence la prédominance notable du tabac comme le toxique le plus utilisé par rapport aux autres substances.

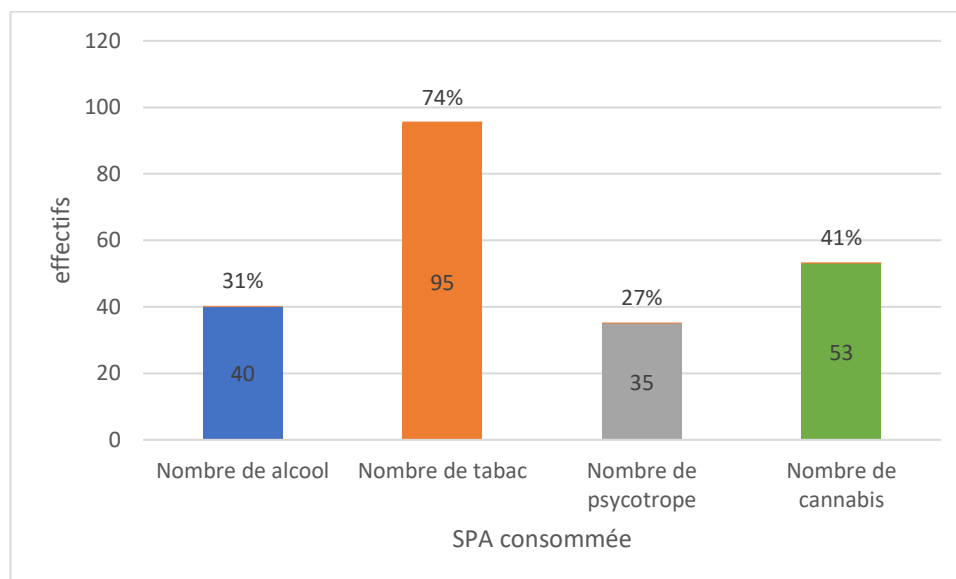


Figure 20 Répartition des schizophrènes selon le toxique consommé

7.3.11) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'âge de début de la consommation toxique :

L'âge de début de la consommation des substances toxiques chez la majorité des patients est représenté par la tranche d'âge inférieure à 18 ans, qui compte pour 62,9% des cas. La moyenne d'âge de début de la consommation est de 16,97 ans, avec un écart-type de 4,38 ans. Ces chiffres soulignent une initiation précoce à la consommation de substances toxiques parmi les patients étudiés.

Tableau 2 Répartition des patients selon l'âge de début de la consommation toxique

Age de début de la consommation toxique	Effectifs	Pourcentages %
<18	61	62.9%
18-25	32	33%
25-30	1	1%
30-35	3	3.1%
Total général	97	100%

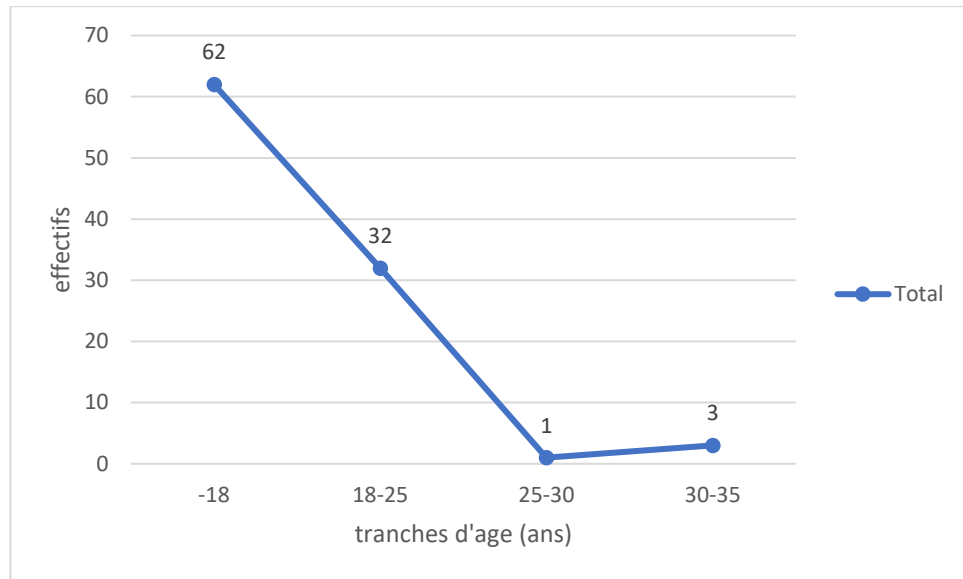


Figure 21 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la consommation toxique

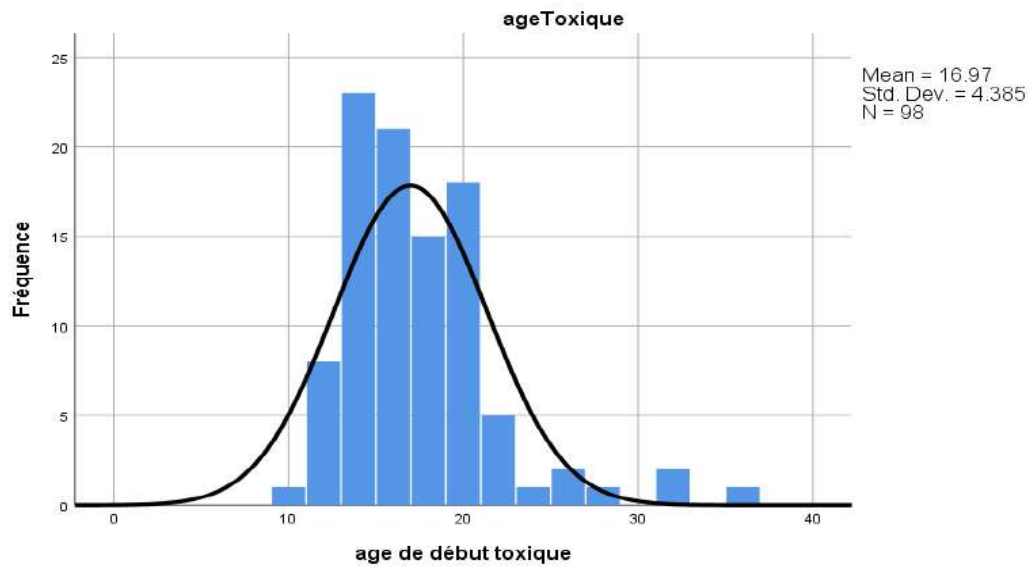


Figure 22 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la consommation toxique avec la moyenne

7.3.12) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon la façon de la consommation toxique :

La majorité consomme des substances toxiques de manière régulière 66%, comparée à une consommation occasionnelle chez 34%.

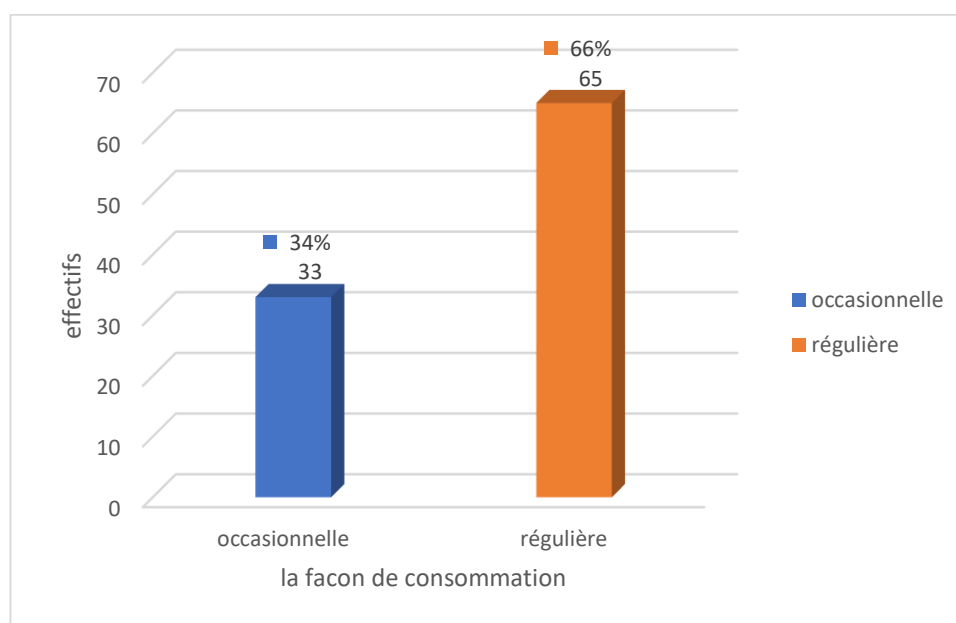


Figure 23 Répartition des patients selon la façon de la consommation toxique

7.3.13) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'accessibilité de la substance toxique :

On constate que la majorité 68% trouve l'accès aux substances toxiques facile.

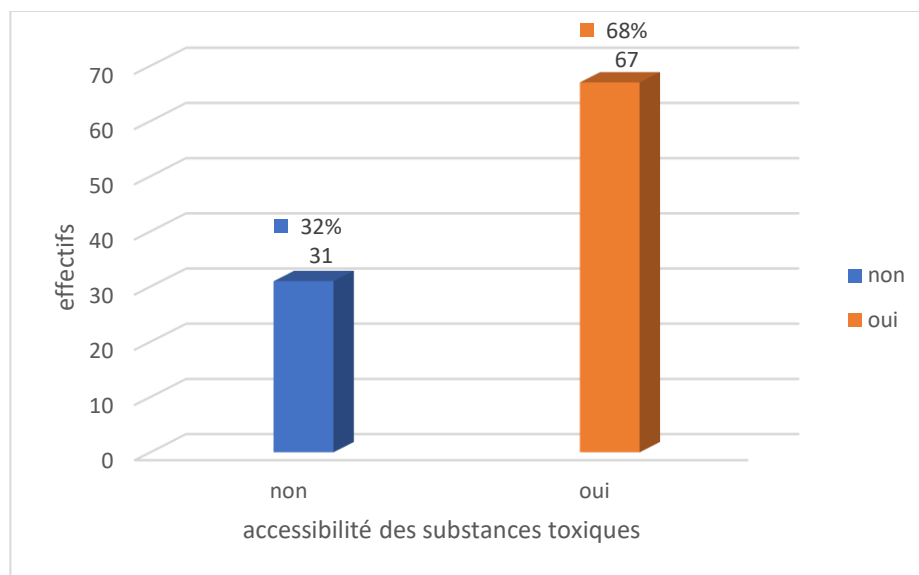


Figure 24 Répartition des patients selon l'accessibilité de la substance toxique

7.3.14) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon les effets recherchés de la consommation toxique :

La majorité consomme des substances toxiques à la recherche de l'euphorie 66.4%, comparée à la relaxation 22.4% et être avec les amis 11.2%.

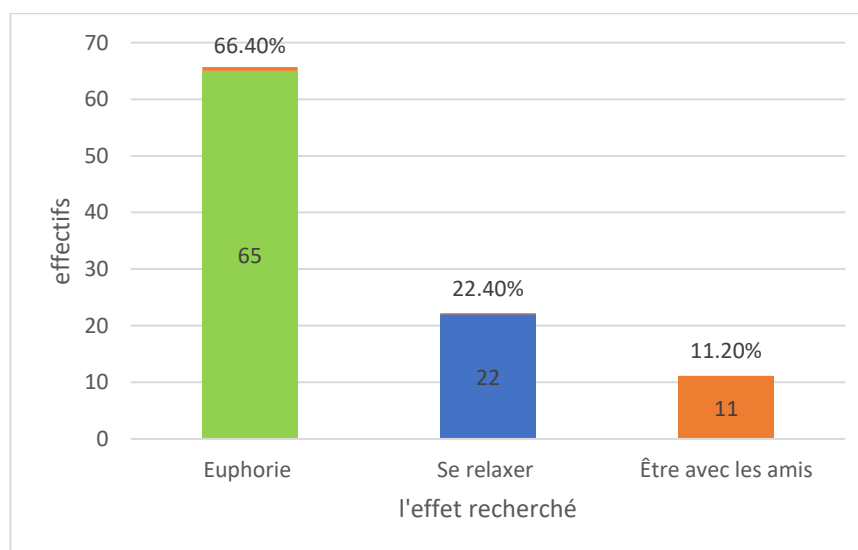


Figure 25 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon les effets recherchés de la consommation toxique

7.3.15) Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie :

L'âge du début des troubles chez la majorité des patients est représenté par la tranche d'âge de 18 à 25 ans, qui compte pour 56,6% des cas. La moyenne d'âge de début de la schizophrénie dans notre étude est de 25,83 ans, avec un écart-type de 7,86 ans.

Tableau 3 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie

Age de début de la schizophrénie	Effectifs	Pourcentages
<18	7	5.4%
18-25	73	56.6%
25-30	23	17.8%
30-35	9	7%
35-40	12	9.3%
>40	5	3.9%
Total général	129	100

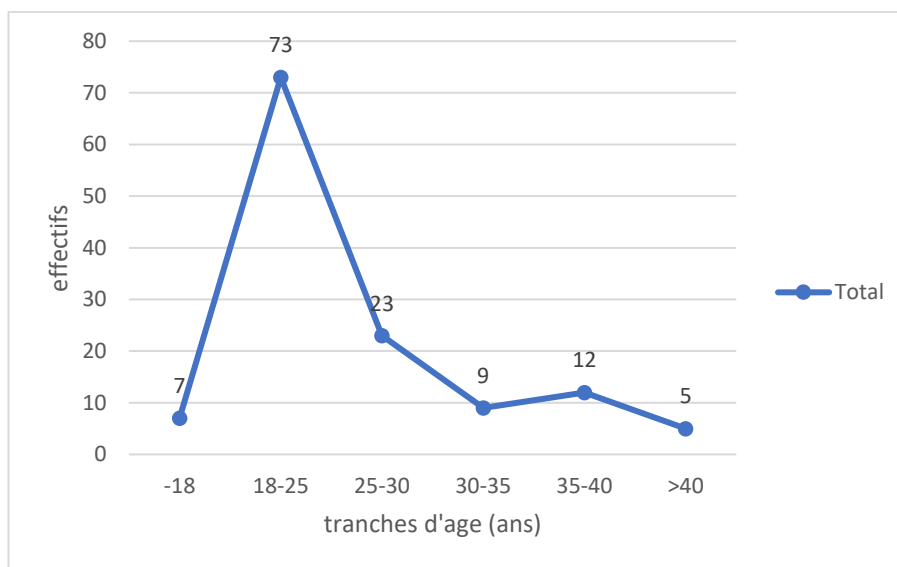


Figure 26 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie

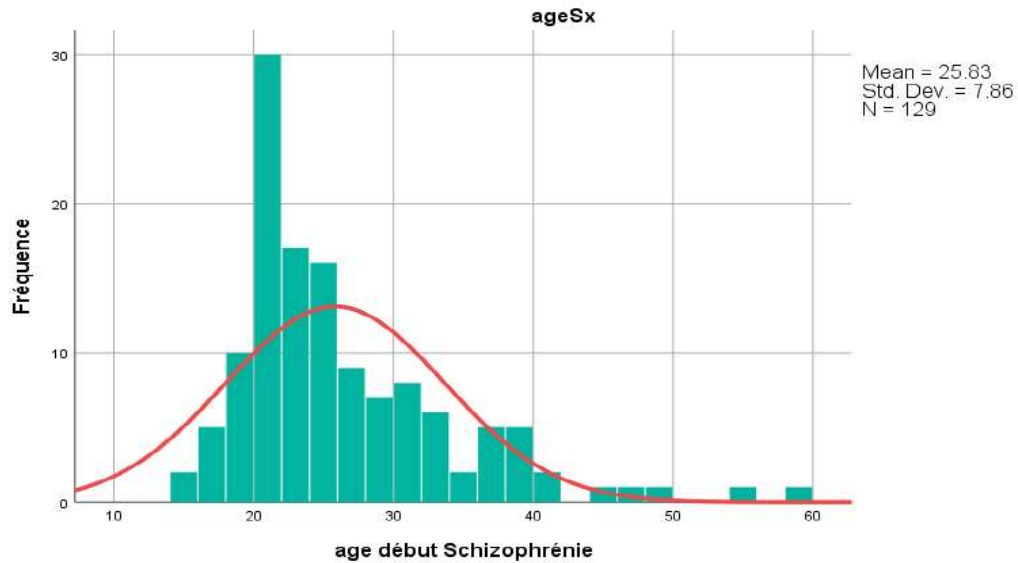


Figure 27 Répartition des schizophrènes selon l'âge de début de la schizophrénie avec la moyenne

7.3.16) Répartition des schizophrènes selon le type de la schizophrénie :

Nous constatons que la majorité des patients ont une schizophrénie de type simple 94.6%.

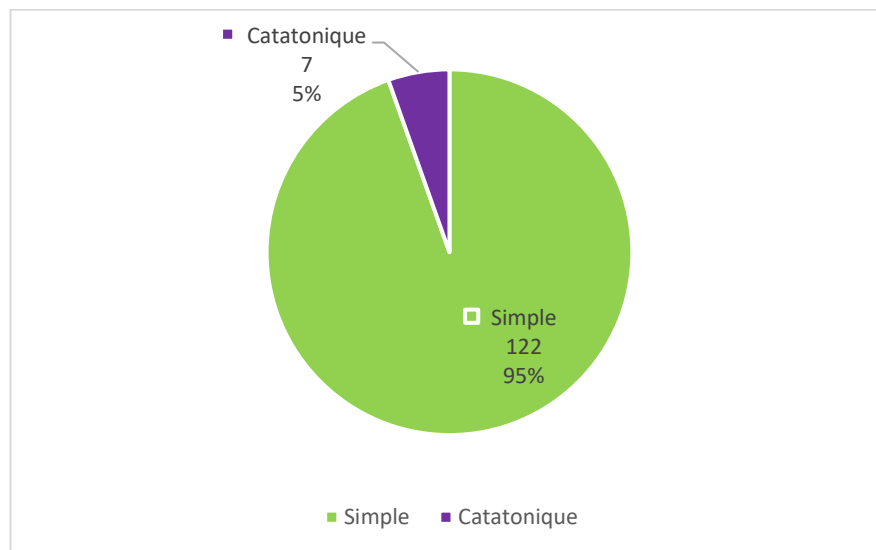


Figure 28 Répartition des schizophrènes selon le type de la schizophrénie

7.3.17) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon la durée entre le début de la consommation et le début de la maladie :

Le graphique montre que l'âge moyen de début de la consommation de substances toxiques précède celui de l'apparition de la schizophrénie de 7,98 ans en moyenne, avec un écart-type de 6,945 ans. La majorité des observations indiquent que la consommation de substances a débuté avant l'apparition de la schizophrénie, avec un pic notable entre 5 et 10 ans avant l'apparition des symptômes schizophréniques.

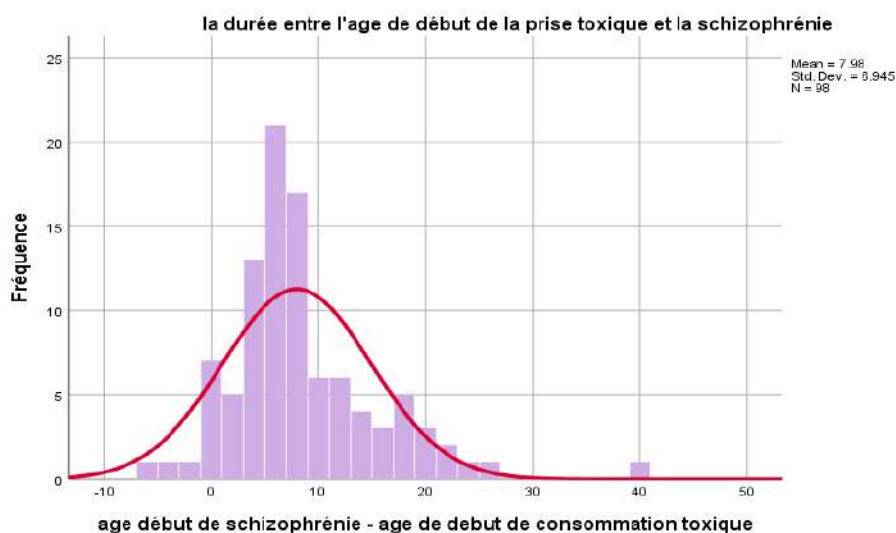


Figure 29 Répartition des schizophrènes la durée entre l'âge de début de la prise toxique et la schizophrénie avec la moyenne

7.3.18) Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'antériorité de l'usage de la substance toxique par rapport à la schizophrénie :

Une large majorité 92.8% a commencé à consommer des substances toxiques avant le début de la schizophrénie.

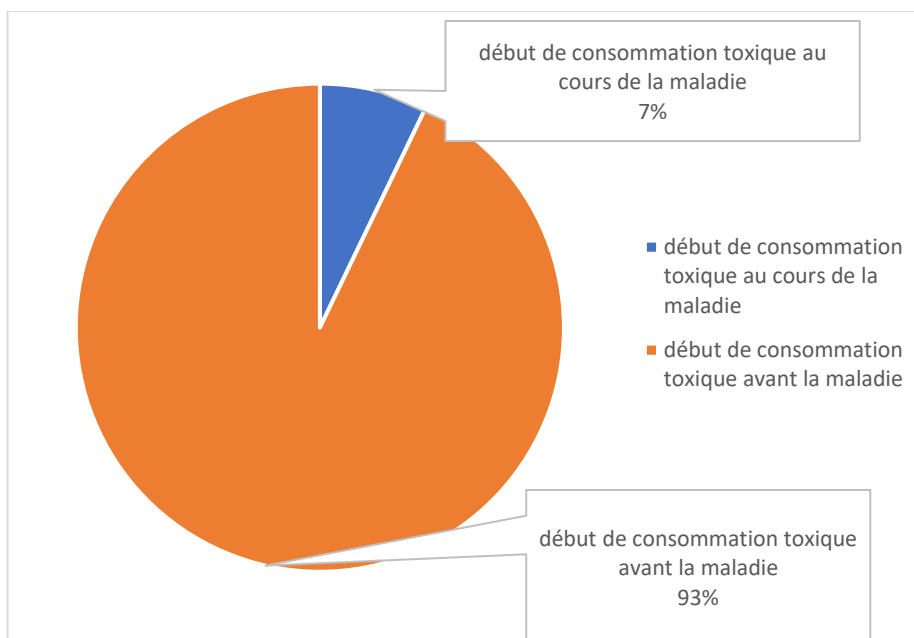


Figure 30 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'antériorité de l'usage de la substance toxique par rapport à la schizophrénie

7.4) Analyse bivariée :

7.4.1) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge :

On constate que les patients schizophrènes usagers des SPA sont plus jeunes avec un moyen d'âge à 34.78 ans que les non usagers (moyenne = 39.13). Cette différence elle n'est pas significative ($p=0.056$).

Tableau 4 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge

	Usage de SPA	Effectifs	Moyenne	Test de student	P
Age	Oui	98	34.78	-1.931	0.056
	Non	31	39.13		

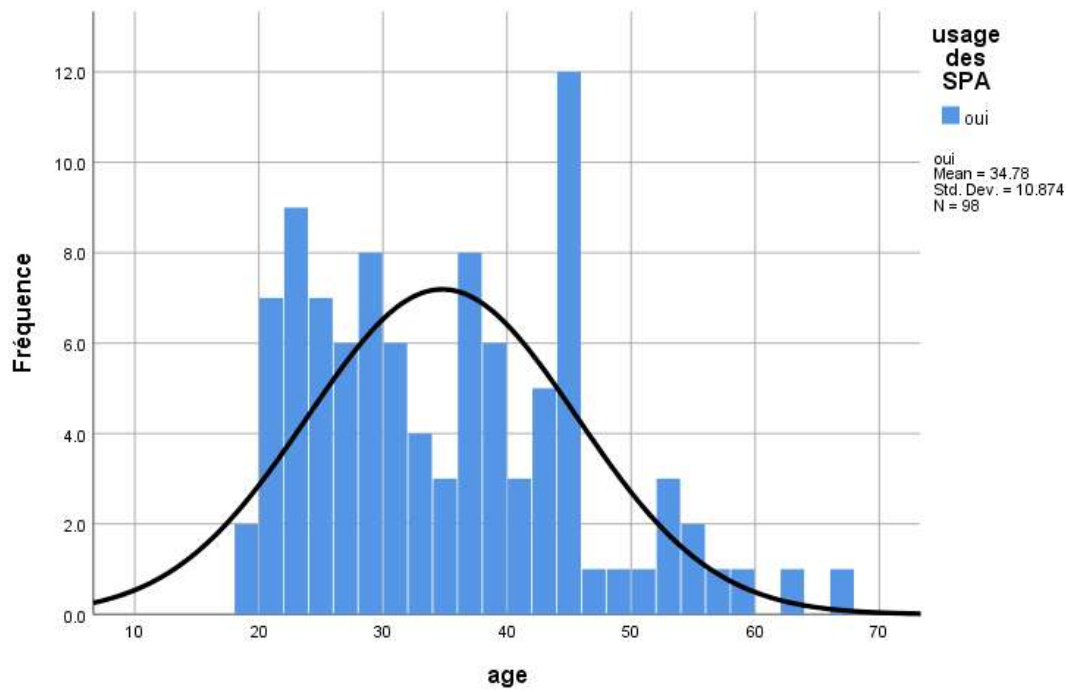


Figure 31 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon l'âge avec la moyenne

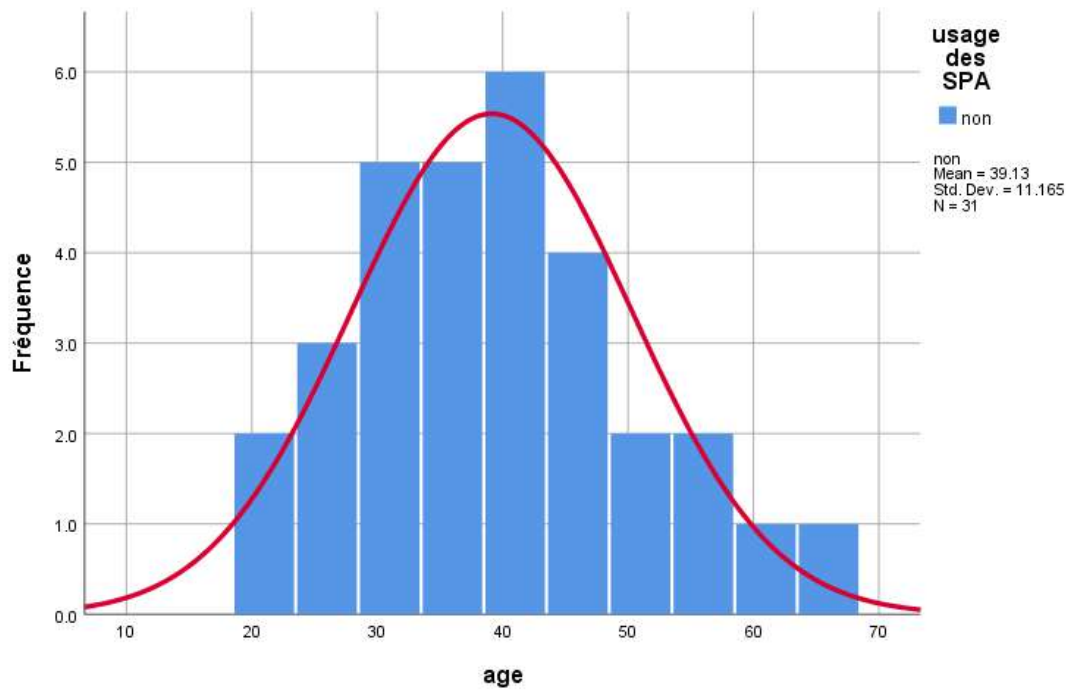


Figure 32 Répartition des schizophrènes non usagers des SPA selon l'âge avec la moyenne

7.4.2) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le sexe :

Le taux de la consommation des SPA était très important chez les patients de sexe masculin ($p=0,00049$), Ceci est **statistiquement significatif**.

Tableau 5 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le sexe

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Sexe	Homme	97	78.9%	99.0%	26	21.1%	83.9%	12.122	0.00049
	Femme	1	16.7%	1.0%	5	83.3%	16.1%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		

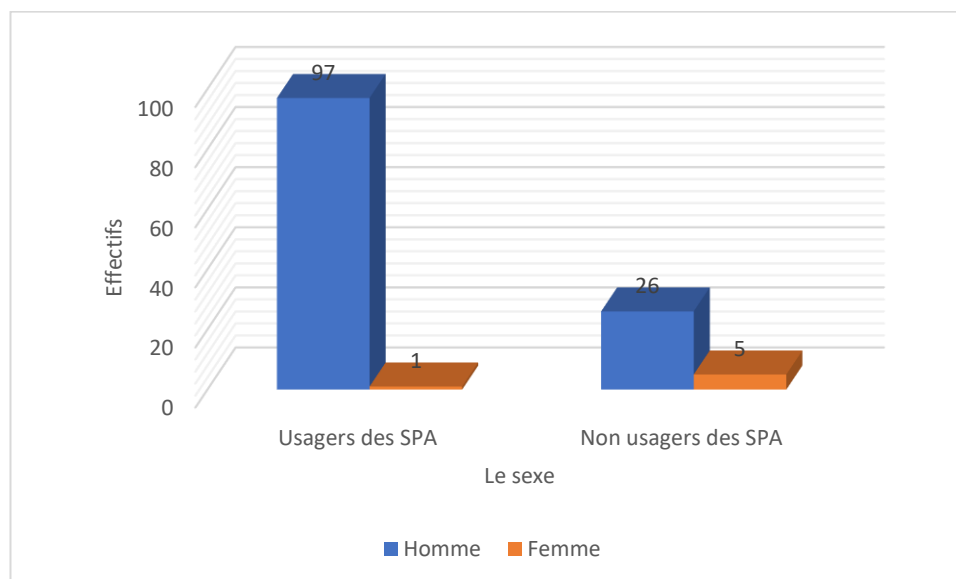


Figure 33 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le sexe

7.4.3) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle :

Parmi les différents groupes professionnels, les chômeurs ont le taux le plus élevé d'antécédents personnels toxiques, soit 48% (n=47). P=0.149 ceci est statistiquement non significatif.

Tableau 6 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Activité professionnelle	Ouvrier	18	90.0%	18.4%	2	10.0%	6.5%	5.332	0.149
	Fonctionnaire	14	60.9%	14.3%	9	39.1%	29.0%		
	Chômeur	47	78.3%	48.0%	13	21.7%	41.9%		
	Libérale	19	73.1%	19.4%	7	26.9%	22.6%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		

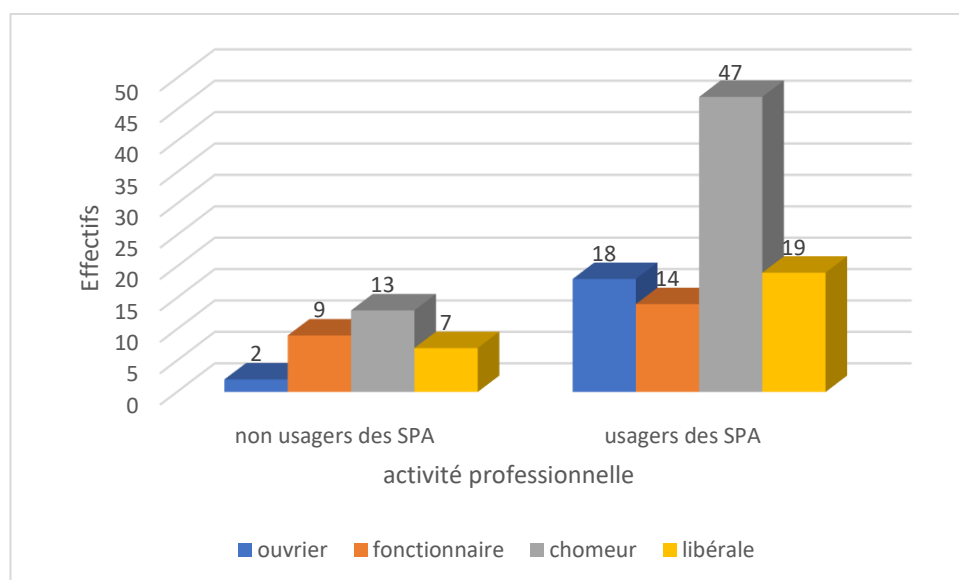


Figure 34 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle

7.4.4) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le niveau d'instruction :

Le niveau scolaire le plus représenté chez les usagers des SPA est le moyen (55.1%), alors que les universitaires sont les majoritaires chez les non usagers (41.9%). Il y a une corrélation **statistiquement significative** entre la consommation des SPA et le niveau scolaire. (p=0.000026)

Tableau 7 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le niveau d'instruction

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Niveau Scolaire	Aucun	7	100.0%	7.1%	0	0.0%	0.0%	26.432	0.000026
	Primaire	14	82.4%	14.3%	3	17.6%	9.7%		
	Moyen	54	85.7%	55.1%	9	14.3%	29.0%		
	Secondaire	17	73.9%	17.3%	6	26.1%	19.4%		
	Universitaire	6	31.6%	6.1%	13	68.4%	41.9%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		

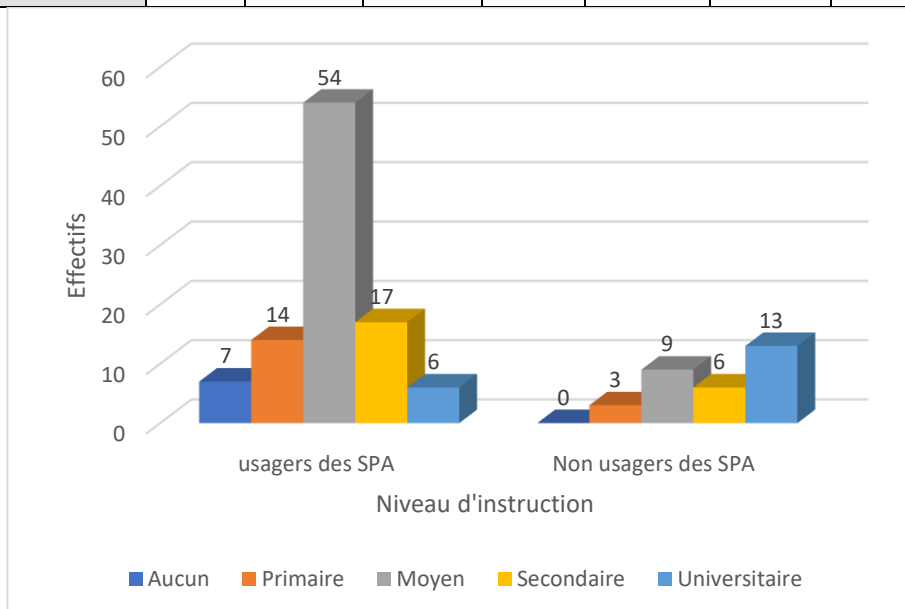


Figure 35 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le niveau d'instruction

7.4.5) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le statut marital :

L'utilisation des substances psychoactives (SPA) est significativement plus élevée chez les célibataires (82,9% des célibataires), comparé aux autres statuts maritaux. En effet, 69,4% (n=68) de tous les usagers sont célibataires. Cette **différence est statistiquement significative(p=0.039)**.

Tableau 8 Corrélation entre l'usage des SPA et le statut marital

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Statu marital	Célibataire	68	82.9%	69.4%	14	17.1%	45.2%	8.383	0.039
	Marié	22	66.7%	22.4%	11	33.3%	35.5%		
	Divorcé	8	61.5%	8.2%	5	38.5%	16.1%		
	Veuf	0	0.0%	0.0%	1	100.0%	3.2%		

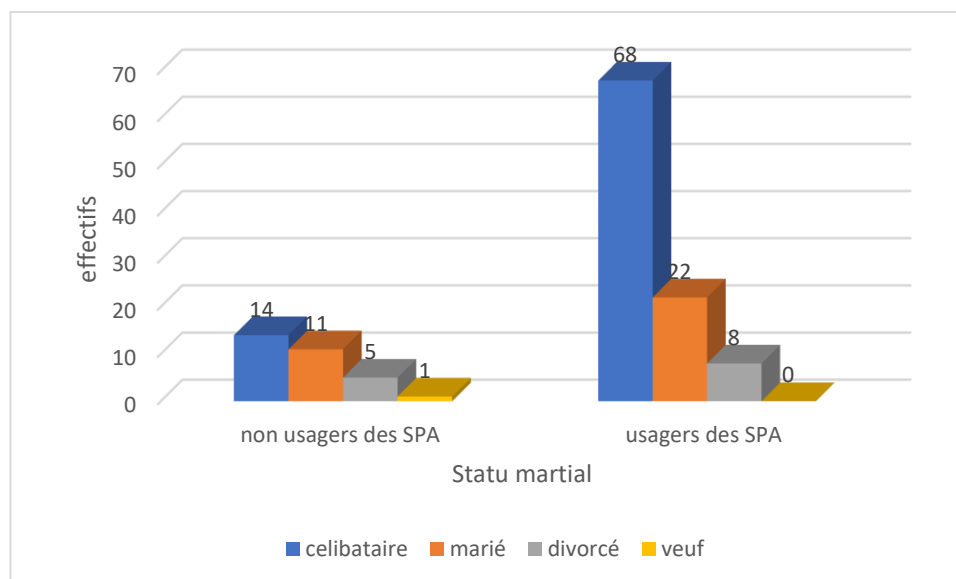


Figure 36 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le statut marital

7.4.6) Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et le lieu de résidence :

Les différences régionales dans l'usage des SPA sont notables, avec une concentration plus élevée d'usage dans certains lieux par rapport à d'autres. Par exemple, Touggourt montre une proportion plus élevée comparée à d'autres régions, soit 85.7%(n=18) des patients originaires de Touggourt sont des usagers, suivi de Ouargla à 76.6% (n=59). Cette différence est non significative(p=0.280).

Tableau 9 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et l’origine géographique

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Lieu de résidence	Ouargla	59	76.6%	60.2%	18	23.4%	58.1%	3.831	0.280
	Touggourt	18	85.7%	18.4%	3	14.3%	9.7%		
	Ghardaïa	8	57.1%	8.2%	6	42.9%	19.4%		
	Autre	13	76.5%	13.3%	4	23.5%	12.9%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		

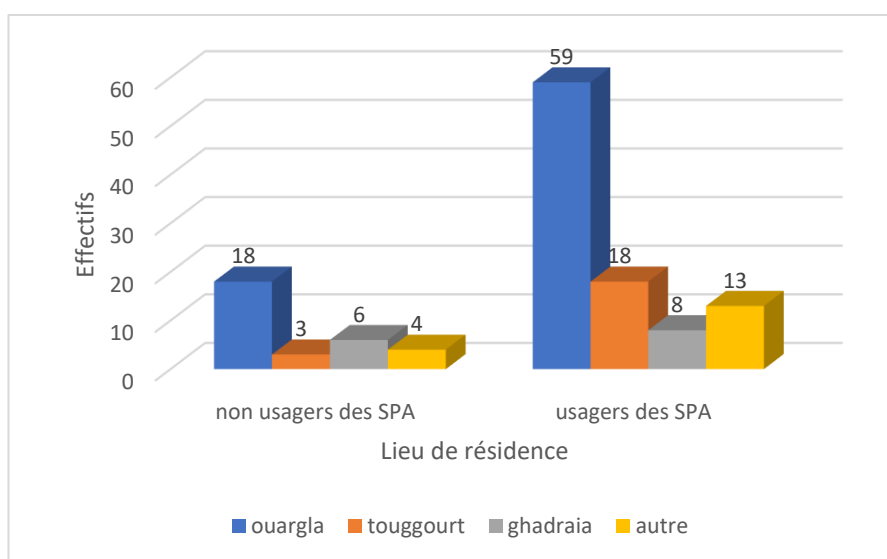


Figure 37 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et l’origine géographique

7.4.7) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents personnels médicaux :

On constate que les taux des patients sans antécédents médicaux sont majoritaires chez les usagers des SPA (89.8%) et les non usagers (90.3%) sans différence. Ceci est statistiquement non significatif (p=0.639).

Tableau 10 Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux et es antécédents personnels médicaux

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Antécédents personnels médicaux	Non	88	75.9%	89.8%	28	24.1%	90.3%	1.693	0.639
	Diabète	4	80.0%	4.1%	1	20.0%	3.2%		
	HTA	3	100.0%	3.1%	0	0.0%	0.0%		
	Diabète + HTA	3	60.0%	3.1%	2	40.0%	6.5%		

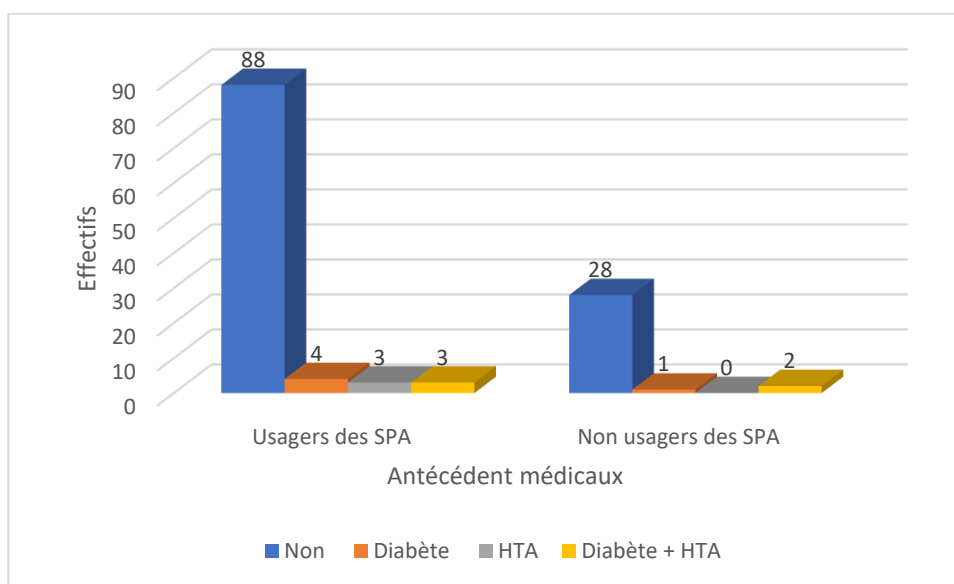


Figure 38 Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux et es antécédents personnels médicaux

7.4.8) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire :

On constate que 88.6% (n=31) des patients avec des antécédents judiciaires sont des usagers des SPA. Pour seulement 71.3% (n=67) des patients sans antécédents sont des usagers. Cette **différence est statistiquement significative (p=0.041)**.

Tableau 11 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
ATCDS personnels judiciaires	Non	67	71.3%	68.4%	27	28.7%	87.1%	4.179	0.041
	Oui	31	88.6%	31.6%	4	11.4%	12.9%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		

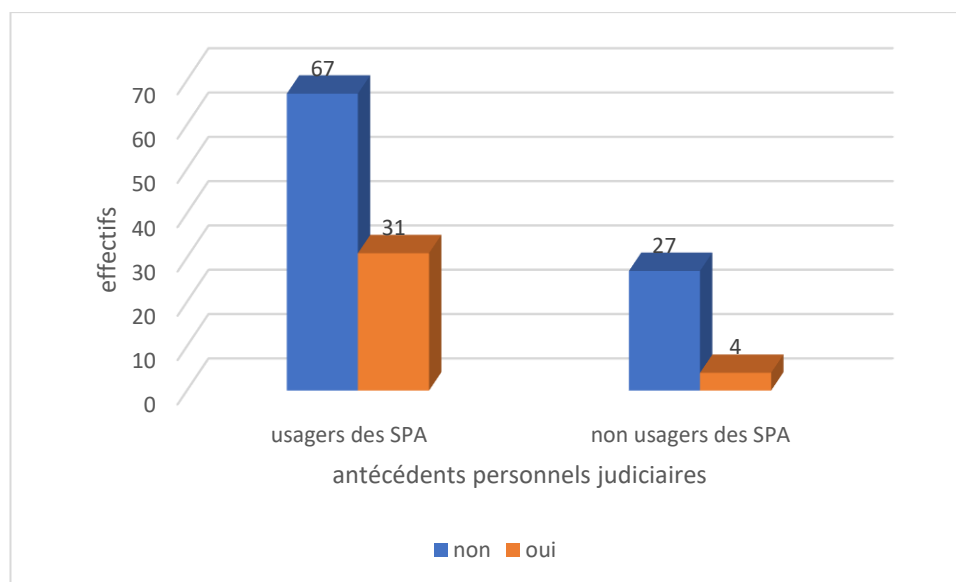


Figure 39 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire

7.4.9) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides :

On observe que la moyenne des nombres des tentatives de suicides chez patients usagers des SPA (0.34 tentatives) est le double de la moyenne chez les non usagers, cette différence n'est pas statistiquement significative. (P=0.119)

Tableau 12 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les tentatives de suicides

	Usage de SPA	Effectifs	Moyenne	Test de student	P
TS	Oui	98	0.34	1.57	0.119
	Non	31	0.16		

Tableau 13 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides

		Antécédents personnels toxique					
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA		
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %
TS	0	80	75.5%	81.6%	26	24.5%	83.9%
	1	9	64.3%	9.2%	5	35.7%	16.1%
	2	6	100.0%	6.1%	0	0.0%	0.0%
	3	2	100.0%	2.0%	0	0.0%	0.0%
	6	1	100.0%	1.0%	0	0.0%	0.0%

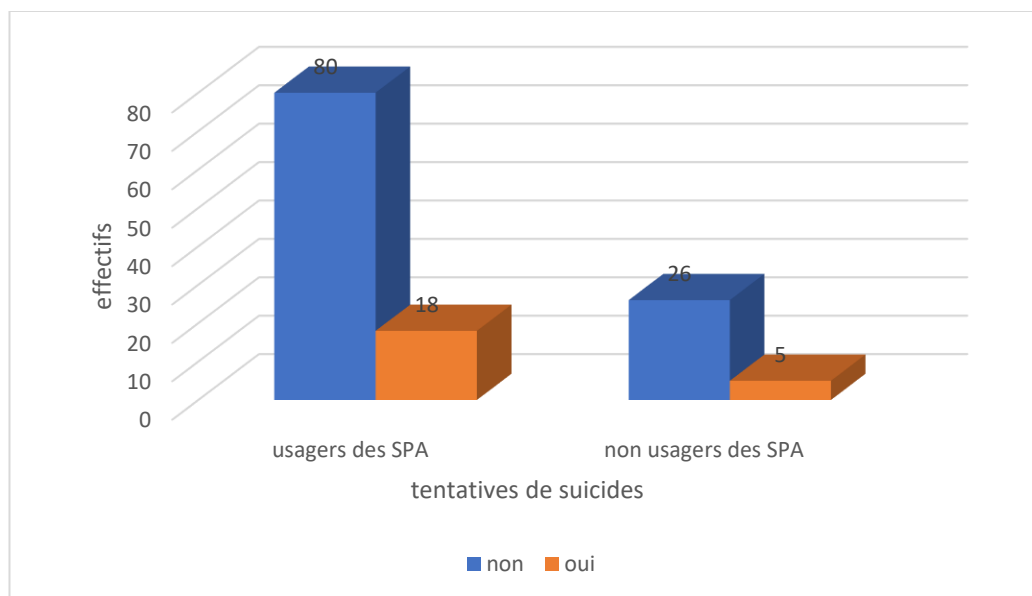


Figure 40 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides

7.4.10) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des hospitalisations en psychiatrie :

On note que les moyennes de nombre des hospitalisations chez les usagers des SPA (2.3 ans) et les non usagers (2.81 ans) sont presque similaires, ceci est statistiquement non significatif ($p=0.514$).

Tableau 14 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le nombre des hospitalisations en psychiatrie

	Usage de SPA	Effectifs	Moyenne	Test de student	P
antécédents d'hospitalisation	Oui	98	2.30	-0.65	0.514
	Non	31	2.81		

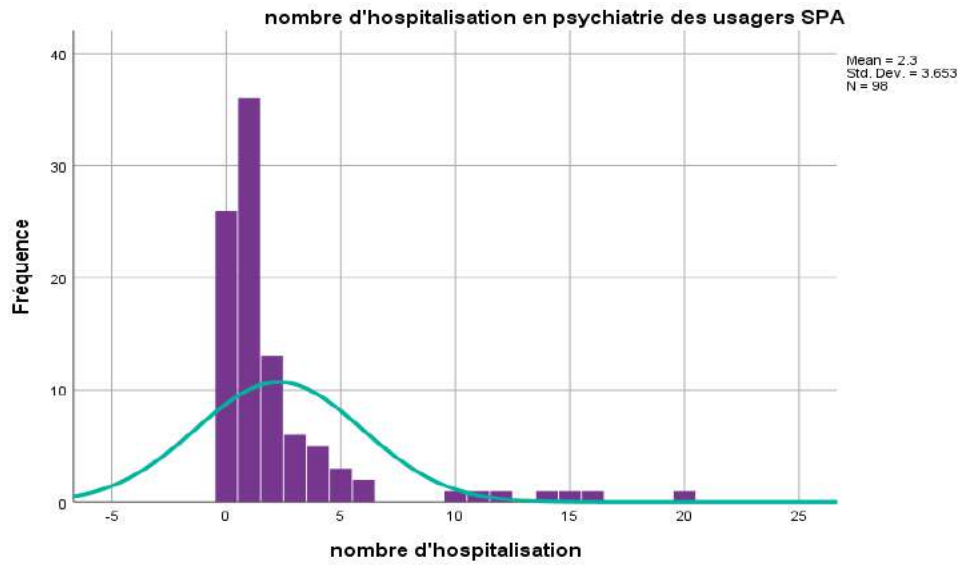


Figure 41 Répartition des schizophrènes usagers des SPA selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie avec la moyenne

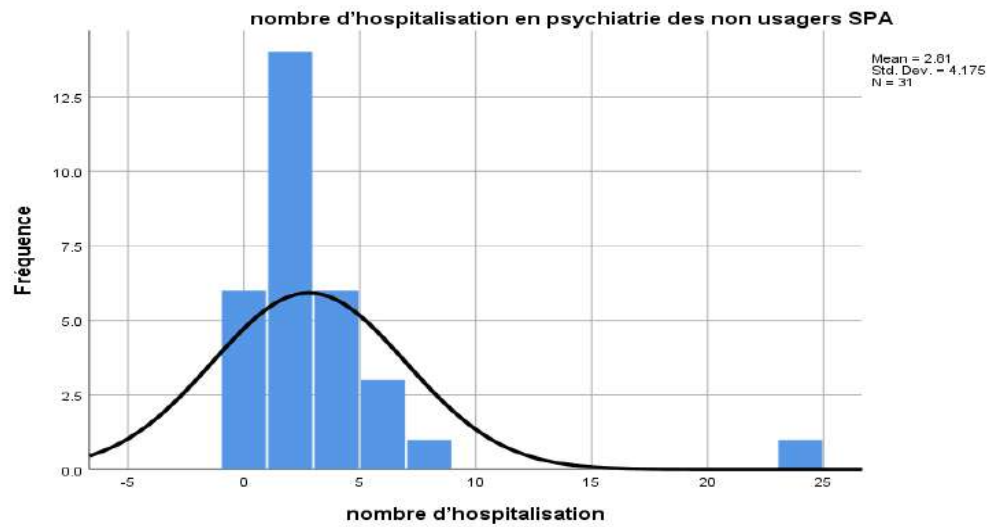


Figure 42 Répartition des schizophrènes non usagers des SPA selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie avec la moyenne

7.4.11) Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques :

On note que les antécédents familiaux toxiques sont plus représentés chez les usagers des SPA (40.8%) que chez les non usagers (16.1%). Ceci est **statistiquement significatif (p=0.012)**.

Tableau 15 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Antécédents familiaux Toxique	Non	58	69.0%	59.2%	26	31.0%	83.9%	6.319	0.012
	Oui	40	88.9%	40.8%	5	11.1%	16.1%		

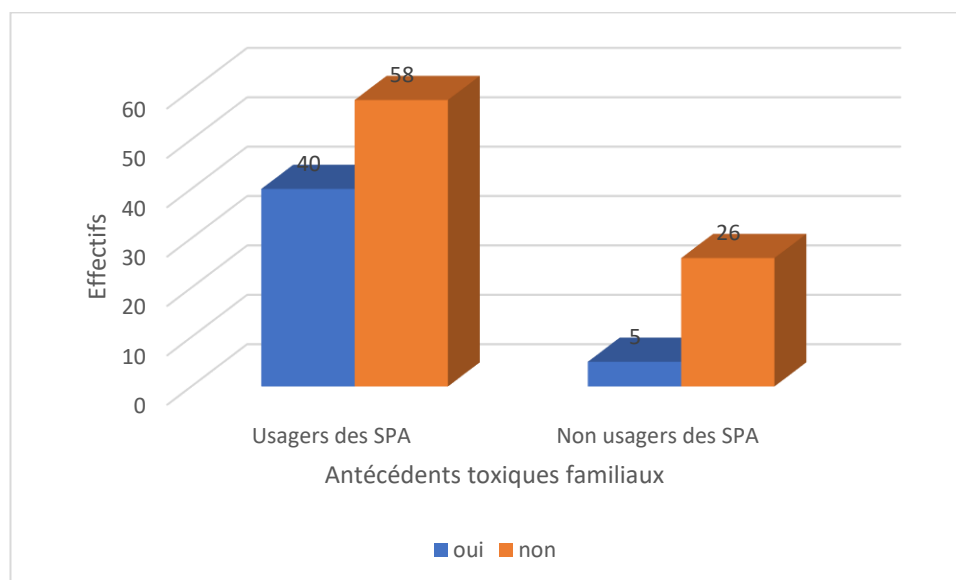


Figure 43 Répartition des schizophrènes selon l’usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques

7.4.12) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques :

On note que les antécédents familiaux psychiatriques sont plus représentés chez les patients non usagers des SPA (54.8%) que chez les usagers (39.8%). Ceci est statistiquement non significatif ($p=0.141$).

Tableau 16 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques :

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Antécédents familiaux psychiatrique	Non	59	80.8 %	60.2%	14	19.2 %	45.2%	2.169	0.141
	Oui	39	69.6 %	39.8%	17	30.4 %	54.8%		

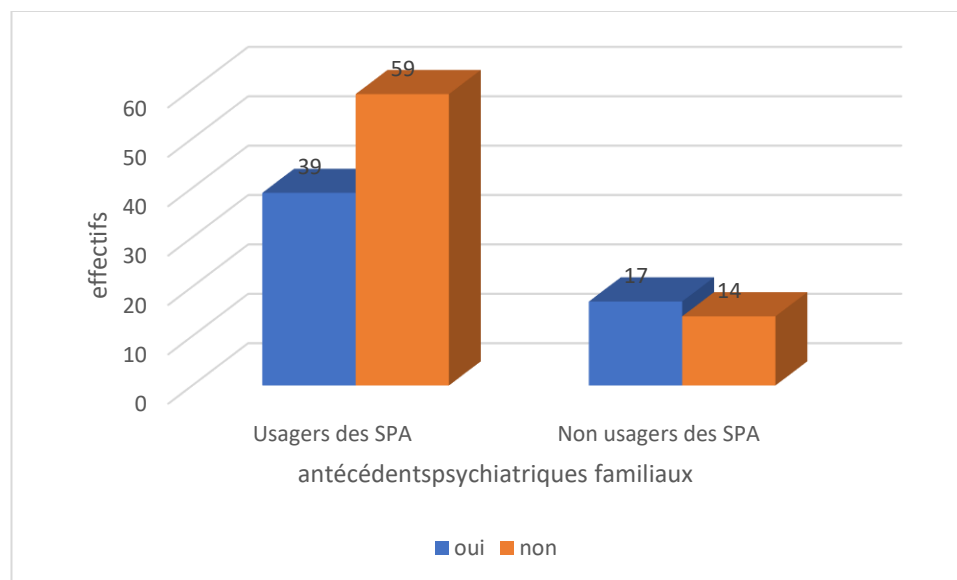


Figure 44 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques

7.4.13) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge de début de la schizophrénie :

Les patients usagers des SPA avaient un âge de début de la schizophrénie plus précoce que les patients non usagers. Sans que cette différence soit statistiquement significative. ($=0.061$).

Tableau 17 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge de début de la schizophrénie

	Usagers des SPA	Non usagers des SPA
Moyenne d'âge de début de la schizophrénie	24.95 ans +/- 6.95	28.61 ans +/- 9.83

Tableau 18 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et l'âge de début de la schizophrénie

	Usage de SPA	Effectifs	Moyenne	Test de student	p
Age de début de la schizophrénie	Oui	98	24.95	-1.927	0.061
	Non	31	28.61		

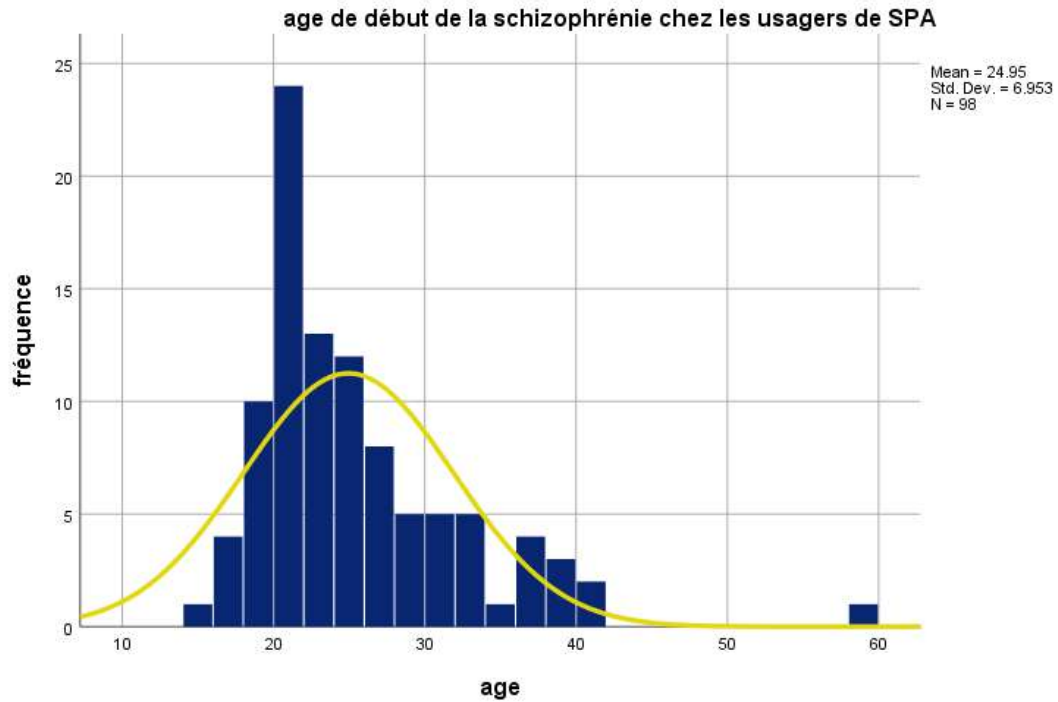


Figure 45 Répartition des schizophrènes usager des SPA selon l'âge de début de la schizophrénie avec la moyenne

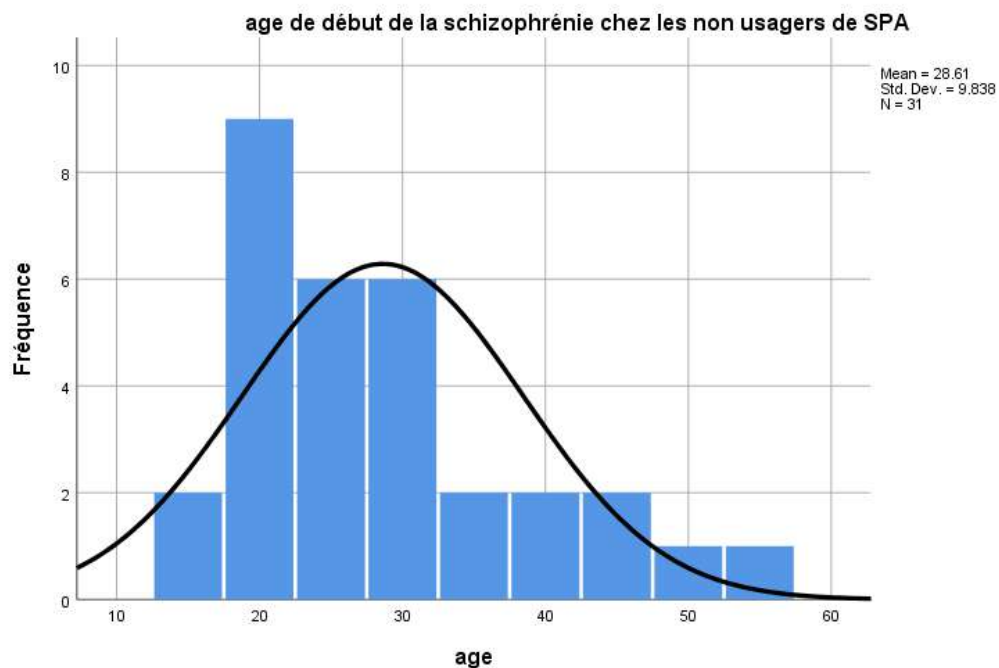


Figure 46 Répartition des schizophrènes non usager des SPA selon l'âge de début de la schizophrénie avec la moyenne

7.4.14) Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le type de la schizophrénie :

On note que la schizophrénie de type simple est majoritairement présentée chez les patients usager des SPA (95.9%) et les non usagers (90.3%). Ceci est statistiquement non significatifs ($p=0.231$)

Tableau 19 Répartition des schizophrènes selon l'usage des SPA et le type de la schizophrénie

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Type de la schizophrénie	Simple	94	77.0%	95.9%	28	23.0%	90.3%	1.437	0.231
	Catatonique	4	57.1%	4.1%	3	42.9%	9.7%		

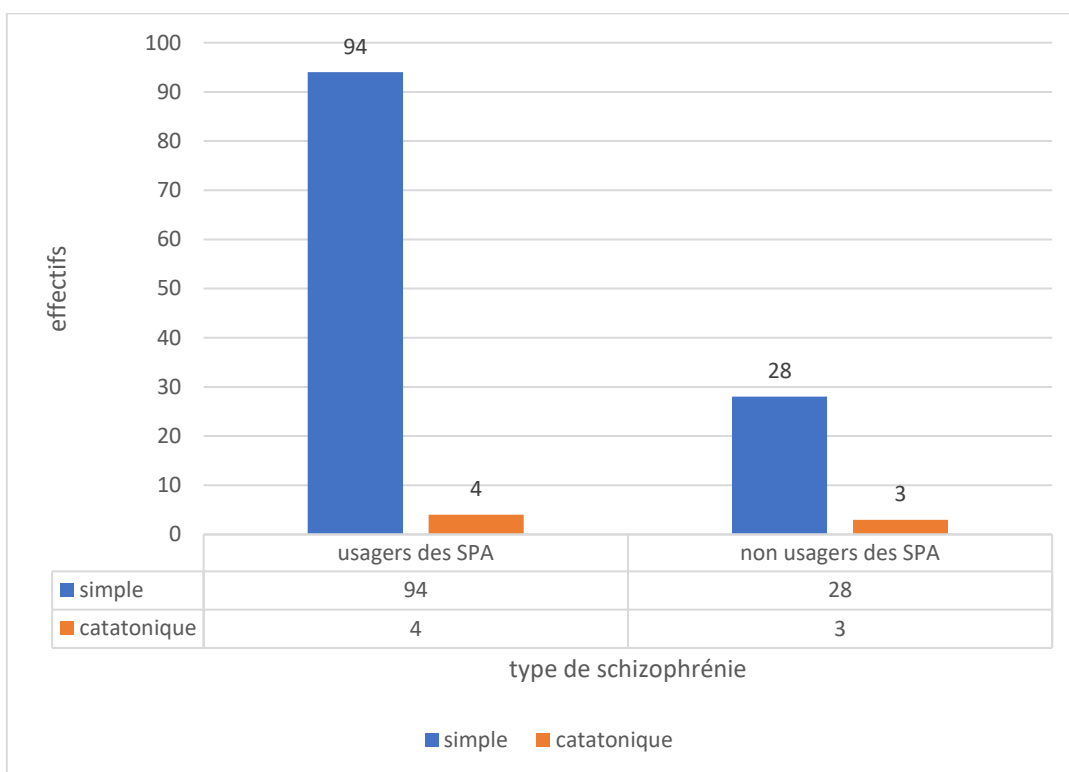


Figure 47 Répartition des patients selon le type de la schizophrénie et en fonction des antécédents personnels toxiques

Tableau 20 Tableau récapitulatifs des données des analyses bivariés

		Antécédents personnels toxique						Khi 2	P
		Usagers de SPA			Non usagers de SPA				
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %		
Sexe	Homme	97	78.9%	99.0%	26	21.1%	83.9%	12.122	0.00049
	Femme	1	16.7%	1.0%	5	83.3%	16.1%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		
Statut marital	Célibataire	68	82.9%	69.4%	14	17.1%	45.2%	8.383	0.039
	Marié	22	66.7%	22.4%	11	33.3%	35.5%		
	Divorcé	8	61.5%	8.2%	5	38.5%	16.1%		
	Veuf	0	0.0%	0.0%	1	100.0%	3.2%		
Lieu de résidence	Ouargla	59	76.6%	60.2%	18	23.4%	58.1%	3.831	0.280
	Touggourt	18	85.7%	18.4%	3	14.3%	9.7%		
	Ghardaïa	8	57.1%	8.2%	6	42.9%	19.4%		
	Autre	13	76.5%	13.3%	4	23.5%	12.9%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		
Activité professionnelle	Ouvrier	18	90.0%	18.4%	2	10.0%	6.5%	5.332	0.149
	Fonctionnaire	14	60.9%	14.3%	9	39.1%	29.0%		
	Chômeur	47	78.3%	48.0%	13	21.7%	41.9%		
	Libérale	19	73.1%	19.4%	7	26.9%	22.6%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		
Niveau Scolaire	Aucun	7	100.0%	7.1%	0	0.0%	0.0%	26.432	0.000026
	Primaire	14	82.4%	14.3%	3	17.6%	9.7%		
	Moyen	54	85.7%	55.1%	9	14.3%	29.0%		
	Secondaire	17	73.9%	17.3%	6	26.1%	19.4%		
	Universitaire	6	31.6%	6.1%	13	68.4%	41.9%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		
Antécédents personnels médicaux	Non	88	75.9%	89.8%	28	24.1%	90.3%	1.693	0.639
	Diabète	4	80.0%	4.1%	1	20.0%	3.2%		
	HTA	3	100.0%	3.1%	0	0.0%	0.0%		
	Diabète + HTA	3	60.0%	3.1%	2	40.0%	6.5%		
	Non	58	69.0%	59.2%	26	31.0%	83.9%		

Antécédents familiaux Toxiques	Oui	40	88.9%	40.8%	5	11.1%	16.1%	6.319	0.012
Antécédents familiaux psychiatriques	Non	59	80.8%	60.2%	14	19.2%	45.2%	2.169	0.141
	Oui	39	69.6%	39.8%	17	30.4%	54.8%		
ATCDS personnels judiciaires	Non	67	71.3%	68.4%	27	28.7%	87.1%	4.179	0.041
	Oui	31	88.6%	31.6%	4	11.4%	12.9%		
	Subtotal	98	76.0%	100.0%	31	24.0%	100.0%		
Type de la schizophrénie	Simple	94	77.0%	95.9%	28	23.0%	90.3%	1.437	0.231
	Catatonique	4	57.1%	4.1%	3	42.9%	9.7%		

Tableau 21 Tableau récapitulatifs des données des analyses bivariés des variables quantitatives

	Usage de SPA	Effectifs	Moyenne	Test de student	P
Age	Oui	98	34.78	-1.931	0.056
	Non	31	39.13		
TS	Oui	98	0.34	1.57	0.119
	Non	31	0.16		
Antécédents d'hospitalisation	Oui	98	2.30	-0.65	0.514
	Non	31	2.81		
Age de début de la schizophrénie	Oui	98	24.95	-1.927	0.061
	Non	31	28.61		

8) La discussion :

Cette étude s'est intéressée principalement à déterminer la prévalence de la toxicomanie chez les patients schizophrènes et secondairement les caractéristiques socio-épidémiologique de l'ensemble des schizophrènes et de la comorbidité schizophrénie et toxicomanie chez 129 patients schizophrènes hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla pendant la période allant d'octobre 2023 au mai 2024, soit une durée de 07 mois. Nous avons mené une analyse descriptive des données collectées, nous avons recensé 147 patients schizophrènes hospitalisés dont 18 entre eux étaient instables donc ne sont pas inclus.

La quasi-totalité de nos patients schizophrènes sont de sexe masculin ; soit 123 Hommes, dans une proportion de 95% et 5 Femmes (soit 5% de l'effectif). Ces données corroborent les données de la littérature, M. Nedjari (26) 2009 en Algérie : 94% de sexe masculin et 6% de sexe féminin. R. Azzeddine (27) 2012 en Algérie: 97,5% de sexe masculin et 2,5% de sexe féminin. K. Mebarki (28) 2015 en Algérie : 99% de sexe masculin. Nos résultats peuvent être justifié par la peur des familles de ramener leurs patientes à l'hôpital psychiatrique par peur que cela impacte sur leur vie sociale et notamment marital (stigmatisation et le rejet social),

La tranche d'âge de ≥ 40 ans était la plus représentée ; la moyenne d'âge était de 35.82 ans et la médiane d'âge était de 36,00 ans \pm 11,06 avec des extrêmes d'âge (19-67) ans. Toutes ces études se sont focalisées sur la schizophrénie ; M.Nedjari(26) 2009 en Algérie : N=100, l'âge moyen=31 ans. R.Azzeddine (27) 2012 en Algérie : N= 160, l'âge moyen=31,43 \pm 7,25. Fatima et Omri, 2004 en Maroc : l'âge moyen=31,43 \pm 9,6ans .Dans l'étude du Belaabid (29), la moyenne d'âge était de 28 ans \pm 9.4 ans, la tranche d'âge la plus représentée était 18-25 ans. Nos résultats sont en adéquation avec les données de la littérature. La surreprésentation des jeunes pourrait s'expliquer par une certaine vulnérabilité liée à cette période de la vie ou le sujet jeune a des difficultés à confrontés les problèmes socio-professionnelles (la scolarisation, le chômage, conflits conjugaux, ... mais sans négligé les complications morbides par rapport à la consommation des toxiques.

Dans notre étude la majorité des patients schizophrènes (63% n=82) sont célibataires. Qui concorde avec l'étude de Belaabid (2016) 60,7% (n=93) des patients et F. Elghazouani et al (2015)(30) 74,1% (n=80) des schizophrènes sont célibataires. Ceci peut être expliqué par la

précocité du début des troubles ainsi que la stigmatisation sociale des maladies mentales peuvent expliquer ce pourcentage élevé des célibataires dans notre étude.

Les sans-emploi représentaient 46.5% de tous les schizophrènes enquêtés. Les autres études ont trouvé : F. Elghazouani et al (2015) 79,6% (n=86), Belaabid (2016) 37.2% des patients sont sans activité professionnelle. Ces résultats peuvent être expliqués par le retentissement des maladies mentales sur vie socio-professionnelle des patients ce qui concorde aussi avec les données de la littérature.

La majorité des interrogés (59.7%) réside à Ouargla.

48% de nos patients ont un niveau d'instruction moyen. M.Nedjari, 2009 Algérie : 70% et F. Elghazouani et al (2015) : 63,0% de la population étudiée avait un niveau d'instruction moyen. R. Azzeddine, 2012 en Algérie : 48,75% niveau moyen et 17,5% un niveau secondaire. Ce qui concorde avec notre résultat. Peut être expliqué par le handicap intellectuel qu'elle engendré (la maladie mentale) qui entraîne souvent un fléchissement scolaire qui peut empêcher la poursuite des études.

Nos résultats indiquent que chez les patients schizophrènes hospitalisés au service psychiatrique de l'EHS Hdeb-Ouargla, on retrouve que 76% % des schizophrènes sont des consommateurs de substances psychoactives avec un âge du début de la consommation de substances toxiques chez la majorité des patients est représenté par la tranche d'âge inférieure à 18 ans, qui représente 62,9% des cas. La moyenne d'âge de début de la consommation est de 16,97 ans, avec un écart-type de 4,38 ans. Nos résultats proches de celles de Harrison et al, en 2008 à (56%). F. Elghazouani et al à Fès en 2015 (60,2%), et l'étude Verdoux H. et al, à (50%). Belaabid Marrakech en 2016 (64.7%).

Le tabac est le toxique le plus consommé (73.6% des patients) suivi du cannabis, l'alcool et les psychotropes. Le cannabis est la première drogue consommée dans les études de F. Elghazouani et al, Belaabid M (2016), Verdoux et al, Mauri et al et Vaz Carneiro et al. Alors qu'il est la deuxième drogue consommée pour d'autres auteurs : David et al. 2003 (26,5%), Dervaux et al. 2003 (10,4%)

66.4% des usagers des SPA consomment à la recherche de l'euphorie. L'étude de Mebarki (Algérie) trouve que l'euphorie est l'effet recherché chez 43.4% des usagers, ce qui concorde

avec nos résultats. Et on a retrouvé que 66% des usagers consomme d'une façon régulière et que 68% des usagers trouve l'accès aux substances toxiques facile.

Dans notre étude, 27% des patients schizophrènes ont des antécédents judiciaires. Ainsi que dans l'étude de Belaabid (2016) 18,9% (n=29), F. Elghazouani et al 30,6 % (33)

10.1% des tous les schizophrènes interrogés ont des antécédents personnels médicaux. L'étude de K Mebarki (2015) trouve 15 % et Belaabid (2016) : 22.8%. Notre population sont des sujet jeunes ceci peuvent expliquer ces résultats.

Notre étude trouve que 17.8% des patients ont faits des tentatives de suicides. Ainsi que l'étude de F. Elghazouani et al 17,6 % (n=18), Belaabid (2016) 13,7% (n=21).

Dans notre étude on a trouvé que 75.2% des patients schizophrènes ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (nombre moyen 2.42 hospitalisations). L'étude de F. Elghazouani et al trouve 89,8% (n=97).

Des antécédents psychiatriques familiaux étaient présents chez 43% de tous les patients interrogés. Ainsi que dans l'étude de Belaabid M (2016) : 32% et F. Elghazouani et al : 34.4%. Le facteur génétique est impliqué dans la survenu des pathologies psychiatriques selon les données de la littérature.

Des antécédents toxiques familiaux étaient présents chez 35% de tous les patients interrogés. Alors que dans l'étude de Belaabid M (2016) le taux est plus important : 75%.

L'âge moyen de début de la schizophrénie chez tous les patients interrogés est 25.86 +/- 7.86 ans. L'étude de F. Elghazouani et al (2015) trouve un moyen de 22,9 +/- 5,6 ans, Belaabid (2016) 22,8 ans ($\pm 3,4$ ans) ce qui concorde avec notre résultat.

La majorité des patients ont une schizophrénie de type simple 94.6%. Ainsi que dans l'étude de F. Elghazouani 72,5% (n=78) et Belaabid 73,8%.

Dans notre étude, la prévalence de la consommation des SPA chez les patients schizophrènes est à 76%. Nos résultats proches de celles de Harrisson et al, en 2008 qui ont retrouvé une prévalence de comorbidité de 56% dans une population de 152 patients. F. Elghazouani et al à Fès en 2015 (60,2%), et l'étude Verdoux H. et al, faite sur 92 patients dont la moitié à cette comorbidité (50%). Belaabid Marrakech en 2016 (64.7%).

Les patients usagers des SPA sont plus jeunes que les non usagers. L'âge moyen des usagers des SPA (34.78 ans) est plus jeune que les non usagers (39.16). Dans l'étude de F. Elghazouani et al l'âge moyen des usagers est de (31.9 ans).

La consommation des SPA très important chez les patients de sexe masculin, 99% des usagers des SPA et 83.9% des non usagers sont de sexe masculin, cette différence est **statistiquement significative** ($p=0,00049$). Proche des études de Belaabid (2016) 90.9% des usagers sont de sexe masculin ($p=0.002$), et de F. Elghazouani et al 93,8% ($p=0.02$).

L'utilisation des SPA est plus élevée chez les célibataires que les autres statuts (69.4% des usagers des SPA sont célibataires), Ainsi que dans les études de; de Dervaux(31) et al 90%. F. Elghazouani et al(30) 83.1%. La comorbidité ne fait qu'accentuer le risque de vivre seul, ceci est statistiquement significatif dans notre étude ($p=0.039$) se qui concorde avec l'étude de F. Elghazouani et al. ($p=0.02$). Par contre Liraud et al(32), ne trouve pas de différence significative entre les usagers et les non usagers de substances.

Dans notre études les patients schizophrènes usagers des SPA sont légèrement plus inactif par rapport aux patients non usagers, 48% des usagers et 41.9% des non usagers sont inactifs, ceci sans corrélation significative mise en évidence ($p = 0.149$), comme dans l'étude F. Elghazouani et al (2015) ($p=0.1$). Dans la plupart des études il n'y a pas de différences significatives entre les schizophrènes usagers et non usagers de substances en ce qui concerne le statut professionnel (actif/inactif), F. Elghazouani et al (2015) 50.1% des usagers sont inactifs et 50% des non usagers sont inactifs, Liraud F. et al (2000) 48.8% des usagers et 43.3% des non usagers sont inactif.

Les différences régionales dans l'usage des SPA sont notables, 85.7% des patients résidant à Touggourt sont des usagers des SPA. Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0.280$).

Les patients schizophrènes usagers des SPA (31.6%) se distinguent des patients non usagers (12.9%) des SPA par des antécédents judiciaires plus importants avec une corrélation significative ($p=0.041$) ce qui est le cas dans l'étude de F. Elghazouani et al ($p=0.04$). Ainsi dans la plupart des études le taux des antécédents judiciaires est, F. Elghazouani et al (2015)

36.9% des usagers et 20.9% des non usagers, Liraud F. et al (2000) 37.9% des usagers et 7.2% des non usagers, Belaabid M (2016) 72.7% des usagers et 17.3% des non usagers.

Par rapport à l'usage des SPA, on constate que les patients sans antécédents personnels médicaux sont majoritaires. Et ceci n'est pas statistiquement significatif ($p=0.639$).

Il y a une différence entre la moyenne des tentatives de suicides chez les usagers et les non usagers des SPA. (0.34 tentatives pour les usagers et 0.16 pour les non usagers) sans lien statistiquement significatif ($p=0.119$) ce qui concorde avec l'étude de F. Elghazouani et al (2015) ($p=0.3$). Plusieurs études trouvent les taux de tentatives de suicides suivants : Dervaux et al 60% des usagers et 24.2% des non usagers, Belaabid M (2016) 85.7% des usagers et 14.2% des non usagers et d'autres études ; Verdoux(33) et al et Soyka et al(34), et Hambrecht et al(35). Hawton et al(36), trouvent une association entre abus de substances et les conduites suicidaires dans la schizophrénie. Il est difficile de conclure à une augmentation du risque suicidaire par l'usage des SPA, ce risque pouvant aussi être lié à une désinhibition due à la consommation ou à un trouble dépressif associé, et surtout au fait que les deux troubles, suicide et abus de substance, sont probablement associés à une caractéristique de personnalité commune, l'impulsivité.

Les patients non usagers des SPA se distinguent des usagers par les mêmes nombres d'hospitalisations en psychiatrie, la moyenne des hospitalisations en psychiatrie dans notre série est de 2.81 pour les non usagers et de 2.3 pour les usagers. ($P =0.5$). Alors que les chiffres trouvés par les autres études sont : Dervaux et al et F. Elghazouani et al 4.5+/-4.4 pour les non usagers et 5.8+/-11 pour les usagers ($p=0.02$).

Dans notre étude comme dans la majorité des études, la schizophrénie est plus précoce chez les usagers de SPA que les non usagers et cette différence elle n'est pas significative. Notre étude l'âge moyen de début chez les usagers est 24.95 +/- 6.95 ans et pour les non usagers il est à 28.61 +/- 9.83 ans ($p= 0.061$), dans l'étude de F. Elghazouani et al (2015) 23,2 +/-5,8 ans pour les usagers et 22,6 +/- 5,4 ans pour les non usagers ($p=0.5$).

Le pourcentage des antécédents familiaux psychiatrique est plus élevé chez les non usagers (54.8%) que chez les usagers (39.8%). Ce qui concorde à l'étude de F. Elghazouani : 44.4% des non usagers et 28.3% des usagers.

Les antécédents familiaux toxiques sont plus fréquents chez les usagers (40.8 %) que chez les non usagers (16.1%). Ceci est statistiquement significatif ($p=0.012$). Ce pourcentage élevé chez les usagers peut être expliqué par le fait que grandir dans un environnement où l'usage de substances est courant peut normaliser ces comportements et augmenter le risque de consommation toxique chez les jeunes.

9) Les forces de la recherche :

- C'est la première étude déterminante de la prévalence de l'usage des substances toxiques chez les schizophrènes hospitalisés à l'EHS Hdeb Ouargla.
- Le nombre élevé des patients par rapport aux études retrouvés.
- Notre population d'étude recouvre plusieurs wilayas (régionales).

10) Les limites de notre étude :

Dès le début de notre travail et au long de la période de collecte des données on a confronté avec plusieurs difficultés parmi eux :

- La pauvreté des dossiers médicaux aux informations en matière des certains données épidémiologiques et/ou clinico-paracliniques.
- La difficulté de déchiffrer l'écriture des médecins d'où l'intérêt du recours à l'informatisation des différents secteurs de santé.
- Stigmatisation : La peur d'être jugés ou étiquetés peut amener certains patients à minimiser ou à ne pas révéler leur consommation de drogues ou la gravité de leurs symptômes.
- La réticence des patients concernant la réalité de la consommation.
- Effets Secondaires des Médicaments : Certains médicaments peuvent provoquer une somnolence ou une altération cognitive, ce qui peut influencer la capacité des patients à répondre aux questions.
- Les troubles cognitifs associés à la schizophrénie peuvent affecter la mémoire, rendant difficile pour les patients de se rappeler des événements passés ou des habitudes de consommation.
- La pensée désorganisée est un symptôme courant, qui peut se traduire par des réponses incohérentes ou un discours difficile à suivre. Cela peut compliquer la compréhension des réponses fournies.
- Le manque des statistiques et du travaux dans notre pays sur ce sujet rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature internationale difficile.
- Les limites de ce travail résident également dans la prédominance du sexe masculin et l'absence des examens complémentaires, notamment biologiques, pouvant confirmer l'usage des substances.

11) Perspectives et recommandations :

L'analyse comparative de nos résultats aux données de la littérature fait ressortir que :

- La prévalence de la comorbidité schizophrénie et toxicomanie est élevée.
- Le cannabis est la drogue la plus consommée après le tabac ainsi comme dans plusieurs études.
- La toxicomanie précède la schizophrénie comme dans la majorité des études.
- La comorbidité schizophrénie et toxicomanie aggrave l'évolution de la maladie : instabilité professionnelle, accélération de la désinsertion sociale, des tentatives d'auto et d'hétéro agressivité et des actes médico-légaux fréquents.
- La fréquence du début de l'usage de SPA à l'âge de l'adolescence.
- L'importance du travail de prévention à cette tranche d'âge.

À l'issue de ce travail, certaines recommandations peuvent être faites :

- Promouvoir la santé mentale de l'adolescent par le biais des interventions en matière de la sensibilisation sur les effets néfastes des SPA comme les programmes de sensibilisation auprès des établissements scolaires.
- Ne pas se limiter à transmettre de l'information mais travailler les compétences psychosociales.
- Accompagnement et l'assistance des jeunes victimes des drogues.
- Proposer des programmes de psychoéducation, d'entraide et de soutien, aux familles des malades souffrant de schizophrénie et troubles apparentés ainsi que les troubles addictifs.
- Former les équipes soignantes aux doubles interventions : Les psychiatres, les infirmiers et les ergothérapeutes doivent être compétents pour gérer les deux situations cliniques.
- Former les médecins généralistes en matière de la prévention et la prise en charge de la toxicomanie.

12) Conclusion :

L'argument épidémiologique met en lumière une forte proportion de consommateurs de drogues parmi les patients atteints de schizophrénie. L'association entre la schizophrénie et l'addiction au SPA est particulièrement fréquente. Bien que l'hypothèse de l'automédication soit pertinente pour certains patients, toutes les études montrent que sur le long terme, le cannabis aggrave les troubles schizophréniques. Cela se manifeste par une évolution plus rapide de la maladie, des rechutes plus fréquentes, une observance plus faible des traitements, et un pronostic défavorable.

La comorbidité entre la schizophrénie et la toxicomanie représente aujourd'hui un véritable problème de santé publique, qui soulève des questions pour les psychiatres quant aux liens qui unissent ces troubles, et remet en question les approches thérapeutiques pour ces patients.

Notre étude nous a permis de déterminer la prévalence de la comorbidité toxicomanie chez les schizophrènes, les caractéristiques socio- démographique et cliniques de l'ensemble des schizophrènes et les schizophrènes toxicomanes et les facteurs qui peuvent être de risque pour cette comorbidité dans une population des 129 schizophrènes hospitalisées au service de psychiatrie de l'EHS Hdeb-Ouargla.

Notre étude trouve un taux d'usage des SPA chez les schizophrènes à 76%, une population des schizophrènes hospitalisés de moyenne d'âge à 35.82+/-11 ans, à prédominance masculine d'ordre 95%, la majorité d'eux (63%) sont célibataires, la plupart (48%) avaient un niveau d'instruction moyen, 46.5% sont sans travail, 59.7% réside à Ouargla, le taux des antécédents judiciaires est de 27.1%, les antécédents personnels médicaux à 10.1%, seulement 07% ont des antécédents personnels psychiatriques autre que la schizophrénie, 17.8 % (n=23) de nos patients ont fait une tentative de suicide, des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie étaient présents dans 75.2% des patients. On remarque que la moyenne d'âge de début de la consommation est de 16,97+/- 4,38 ans, le tabac est le toxique le plus consommé (73.6%), suivie par le cannabis à 41,1%. La majorité des patients (66%) consomme la substance toxique de manière régulière et 68% entre eux trouve l'accès au substances facile et 66.4% consomme ces substances toxiques à la recherche de l'euphorie. La moyenne d'âge de début de la

schizophrénie dans notre étude est de 25,83 ans, avec un écart-type de 7,86 ans, 94.6% ont une schizophrénie simple, une majorité de 92.8% ont commencé l'usage des SPA avant le début de la schizophrénie.

Par rapport à l'usage des SPA notre étude trouve que les patients usagers ont une moyenne d'âge plus jeune 34.78 ans à prédominance masculine, taux de chômage plus élevé, un niveau scolaire plus bas, taux de célibataires plus élevé, ils ont plus d'antécédents judiciaires, plus de tentatives de suicides, nombre moyen des hospitalisations plus bas, plus d'antécédents familiaux toxique, moins d'antécédents familiaux psychiatriques, un âge de début de schizophrénie plus précoce que les non usagers.

Une corrélation statistique significative a été observé chez les schizophrènes entre l'usage des SPA et : le sexe, le statut marital, le niveau scolaire, les antécédents personnels judiciaires et les antécédents familiaux toxique. Les autres paramètres sociodémographiques, cliniques ne sont pas révélés statistiquement significatifs.

Malgré les limites méthodologiques de notre travail, il serait utile d'améliorer la portée de nos résultats en conduisant une étude plus spécifique, longitudinale et prospective, avec un échantillon plus large et des variables mieux définies (comme le profil spécifique des schizophrènes, le traitement et la personnalité). L'utilisation d'échelles plus spécialisées serait également bénéfique pour l'évaluation de ces patients à double diagnostic.

Notre étude a rencontré plusieurs limitations tout au long de la collecte des données. Parmi elles, la pauvreté des dossiers médicaux en informations épidémiologiques et clinico-paracliniques, ainsi que la difficulté de déchiffrer l'écriture des médecins, soulignant l'importance de l'informatisation des secteurs de santé. La stigmatisation et la réticence des patients à révéler leur consommation de drogues ou la gravité de leurs symptômes ont également posé problème. Les effets secondaires des médicaments et les troubles cognitifs associés à la schizophrénie ont influencé la capacité des patients à répondre aux questions, tandis que la pensée désorganisée compliquait la compréhension des réponses fournies. De plus, le manque de statistiques locales sur ce sujet a rendu difficile la comparaison avec les données internationales. Enfin, l'absence d'examen complémentaires, notamment biologiques, ont limité la portée de notre travail.

Notre étude révèle une forte prévalence de la comorbidité schizophrénie et toxicomanie, avec le cannabis comme drogue la plus consommée après le tabac. La toxicomanie précède souvent la schizophrénie, aggravant l'évolution de la maladie par une instabilité professionnelle, une désinsertion sociale accélérée, des comportements agressifs et l'anticipation des rechutes. La consommation de substances commence fréquemment à l'adolescence, soulignant l'importance de la prévention à cet âge. Nous recommandons de promouvoir la santé mentale des adolescents par des programmes de sensibilisation dans les écoles, de développer les compétences psychosociales, d'accompagner les jeunes victimes de drogues, et de soutenir les familles des patients. Il est également crucial de former les équipes soignantes et les médecins généralistes pour mieux gérer et prévenir la toxicomanie.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*. juill 2005;76(2-3):135-57.
2. Blanchard J. Substance use disorders in schizophrenia Review, integration, and a proposed model. *Clinical Psychology Review*. mars 2000;20(2):207-34.
3. Schizophrenia WHO [Internet]. [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
4. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:425-48.
5. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas)*. 10 juill 2019;55(7):361.
6. Spectre de Schizophrénie , La Société québécoise de la schizophrénie (SQS) [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/spectre-de-schizophrenie>
7. MEHDA Tarek SADOON Mohammed. Profil descriptif des morbidités psychiatriques au niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla 2020-2021. Université KASDI MERBAH d'OUARGLA Faculté de Médecine d'Ouargla Département de Médecine;
8. schizophrénie S québécoise de la. Société québécoise de la schizophrénie. [cité 19 janv 2024]. Spectre de Schizophrénie. Disponible sur: <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/spectre-de-schizophrenie>
9. Génétique de la schizophrénie | Florence Thibaut, Thierry d'Amato, Dominique Champion . John Libbey Eurotext, 2003 [Internet]. [cité 22 avr 2024].
10. Bonnet-Brilhault F, Thibaut F, Petit M. Données biologiques de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*. janv 2004;1(1):1-11.
11. De Nayer AR. Étiologie de la schizophrénie : génétique et/ou systémique ? : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 1 juin 2001;n o 26(1):175-94.
12. Healy, D. (2002) *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
13. Coyle JT, Tsai G, Goff D. (2003) « Converging evidence of NMDA receptor hypofunction in the pathophysiology of schizophrenia. » *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1003, 318-27.
14. Society for Neuroscience, « Teen Brain Vulnerability Exposed [archive] », sur [Brainfacts.org](https://www.brainfacts.org), 31 décembre 2011 [Internet]. [cité 23 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.brainfacts.org:443/thinking-sensing-and-behaving>

15. RATIBA A. COMORBIDITE SCHIZOPHRENIE-ADDICTION AU CANNABIS Thèse de Doctorat en Sciences Médicales pour l'Obtention du Grade de Maître de conférences B Faculté de Médecine d'Oran.
16. Brown AS, Hooton J, Schaefer CA, Zhang H, Susser ES. et al., « Elevated maternal interleukin-8 levels and risk of schizophrenia in adult offspring », Am J Psychiatry, vol. 161, no 5, 2004, p. 889-895.
17. TD Cannon, SA Mednick et J Parnas, « Antecedent of Predominantly Negative and Predominantly Positive-Symptom Schizophrenia in High-Risk population », Archives of General Psychiatry, vol. 47, 1990, p. 622-632 (DOI 10.1001/archpsyc.1990.01810190022003).
18. Machon RA; Mednick SA (1993) Schizophrénie de l'adulte et perturbations précoce du développement. Confrontations psychiatrique, 35, p. 189-215.
19. Picchioni MM, Murray RM, « Schizophrenia » BMJ 2007;335:91-5.
20. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. Drug and Alcohol Dependence. 14 févr 2005;77(2):139-50.
21. Reynaud M. Addictions et psychiatrie. Elsevier Masson; 2005. 310 p.
22. Nations Unies : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Le rapport mondial sur les drogues 2023 de l'ONUDC met en garde contre des crises convergentes alors que les marchés des drogues illicites continuent de se développer. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2023/June/unodc-world-drug-report-2023-warns-of-converging-crises-as-illicit-drug-markets-continue-to-expand.html](https://www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2023/June/unodc-world-drug-report-2023-warns-of-converging-crises-as-illicit-drug-markets-continue-to-expand.html)
23. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5).
24. INPES, Drogues et conduites addictives, 2014 (schéma page 30) <https://www.drogues-info-service.fr/A-lire-avoir/Notices/Drogues-et-conduites-addictives#.XeUswXdFw2w>.
25. Batel P. Addiction and schizophrenia. Eur psychiatr. mars 2000;15(2):115-22.
26. NEDJARI M. (2009). La comorbidité schizophrénie toxicomanie. Étude prospective à propos de cent patients. Thèse pour l'obtention d'un doctorat en sciences médicales pp 8-17.
27. AZZEDDINE R. (2012). Comorbidité schizophrénie addiction au cannabis. Université d'Oran 1- Ahmed Ben Bella, Thèse de doctorat en sciences médicales. P120.
28. KADDOUR M. (2015). Toxicomanie et comorbidité psychiatriques. Thèse en sciences médicales. Université Aboubakar Belkaid. Tlemcen.

29. BELAABID M (2016). La comorbidité schizophrénie et toxicomanie : Facteurs de risque et conséquences . Faculté de médecine marrakech . Thèse de doctorat en sciences médicales. Thèse de doctorat en sciences médicales.
30. ELGHAZOUANI F, AARAB C, LAHLOU F, ELRHAI K, AALOUANE R , RAMMOUZZ I Usage de substances chez des patients hospitalisés pour rechute schizophrénique. Service de psychiatrie, CHU de Fés 2015.
31. DERVAUX A.,LAQUELLE X., LEBERGNE M.H., OLIE J.P., KREBS H.O Cannabis et schizophrénie : données cliniques et socio-démographiques L'Encéphale, 2003;XXIX : 11-1.
32. LIRAUD F, VERDOUX H Caractéristiques cliniques associées à une comorbidité addictive chez des patient hospitalisés en psychiatrie L'encéphale 2000;XXVI:16-23.
33. VERDOUX H, MURY M, BESANCON G Etude comparative des conduites toxicomaniaques dans les troubles bipolaires, schizophréniques et schizoaffectifs. Encephale 1996 ; XXII : 95-101.
34. Soyka M, Albus M, Kathmann N, et al. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 1993;242:362-72.
35. HAFNER H Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. Aust N Z J Psychiatry 2000; 34: 468-75.
36. HAWTON K, SUTTON L, HAW C, SINCLAIRE J, DEEKS JJ Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors Br. J. psychiatry 187,9-20.

ANNEXES :

Questionnaire:

Nom et prénom:

Anamnèse

N° de dossier :

Age :

Sexe : homme femme

Statu marital : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

Activité professionnelle : ouvrier fonctionnaire chômeur fonction libérale

Lieu de résidence :

Niveau scolaire : aucun primaire moyen secondaire universitaire

Les Antécédents personnels

Les antécédents personnels : Judiciaires : non oui type :

Les antécédents personnels médicaux : diabète HTA

Les antécédents personnels psychiatriques :

Tentatives de suicide : nombre : / mécanisme :

Les antécédents d'hospitalisation (nombre) :

Les antécédents toxiques : alcool tabac psychotrope cannabis

Les Antécédents familiaux

Antécédents psychiatrique familiaux : non oui pathologie :

Les antécédents familiaux de toxicomanie : non oui

Substance : alcool tabac psychotrope cannabis

Le mode :

L'accessibilité :

Caractéristique de la schizophrénie :

Age de début : traitement :

Forme clinique : schizophrénie simple Catatonique

Caractéristiques de l'usage de substances psychoactives :

Age de début :

La façon : occasionnelle / régulière => le mode :

L'accessibilité :

Antériorité de l'usage par rapport à la maladie : Avant Au cours de la maladie

Les effets recherchés :