Journée régionale d'échanges

FNARS/CNAM/FA, 17/05/2013, Artigues

Addictions, psychiatrie et précarité…

Docteur Jean-Michel DELILE

psychiatre, directeur du CEID, Bordeaux
vice-président de la Fédération Addiction

Plan

- Introduction : corrélations croisées
- Addictions
- Précarité et addictions
- Addictions et psychiatrie
- Vulnérabilités communes
- Société addictogène
- Conclusion : pluridisciplinarité, approche globale, décloisonnement, approche intégrative

Introduction

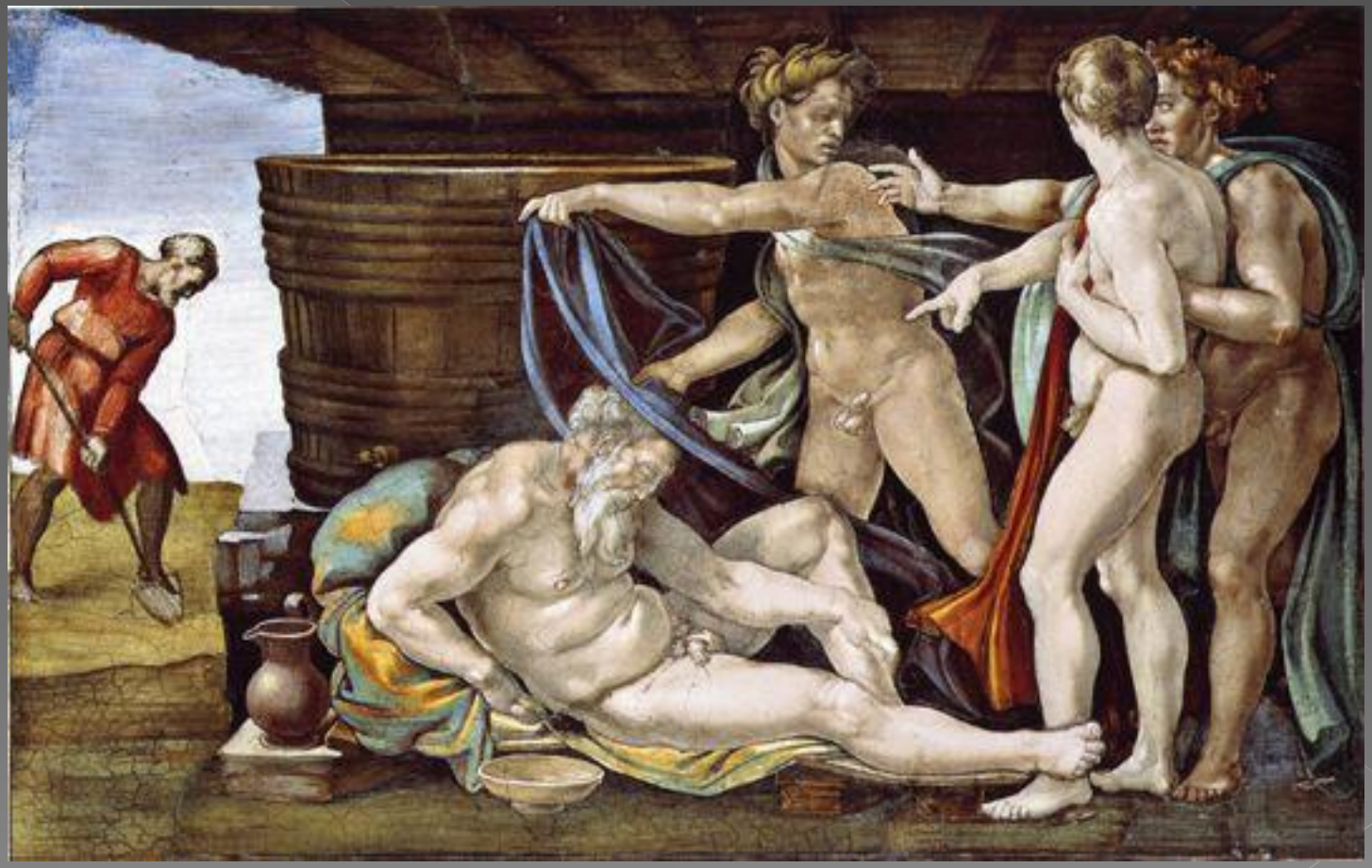
Introduction

- Forte corrélation entre usages d'alcool, de drogues, troubles psychiatriques et précarité
- Modèle de l'intoxication
- Modèle de l'auto-médication
- Vulnérabilité commune
- Dans tous les cas : influences réciproques, impact sur le pronostic et sur les prises en charge
- Impacts croisés sur l'insertion sociale, précarité
- Prises en charge complexes

Addictions : représentations et réponses sociales

Un rappel historique rapide…

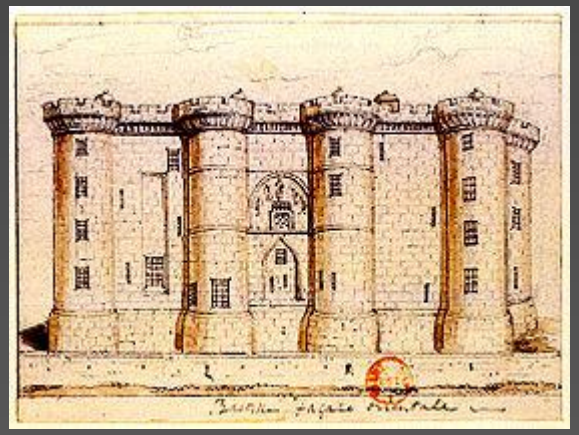
L'ivresse de Noé



Condamnations morales ou religieuses

- La morale antique condamne l'excès, quand l'usage des plaisirs conduit à la démesure et à l'asservissement
- La tradition judéo-chrétienne condamne la recherche du plaisir, l'asservissement au corps, au Monde, qui éloigne de ses devoirs et du service de Dieu.
- Cette conception sera encore radicalisée dans certains courants de la tradition protestante (puritanisme aux USA, prohibition).

Réponses sociales

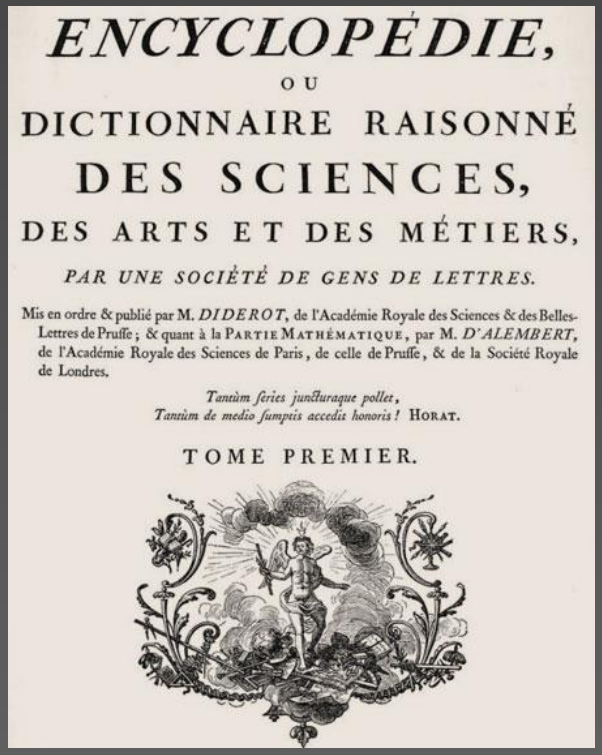


- Abstinence, pénitence et expiation
- Spontanées ou contraintes
- Enfermement pour les plus rebelles : lettres de petit cachet de l'Ancien Régime
- Restriction de l'accès aux substances perçues comme des agents du Malin
- Conception déjà bidimensionnelle mais… cohérente

Mais le monde change

- Apparition de nouveaux produits :
  tabac, chocolat, coca d'Amérique ;
  café et cannabis du Proche Orient ;
  thé, pavot et opium d'Asie ;
  alcools distillés d'Europe
- puis au XIXème siècle dérivés chimiques :
  éther, barbituriques, morphine, héroïne, cocaïne, amphétamines, etc.
- Et la seringue…

Il change en profondeur…



ENCYCLOPÉDIE,
OU
DICTIONNAIRE RAISONNÉ
DES SCIENCES,
DES ARTS ET DES MÉTIERS,
PAR UNE SOCIÉTÉ DE GENS DE LETTRES.

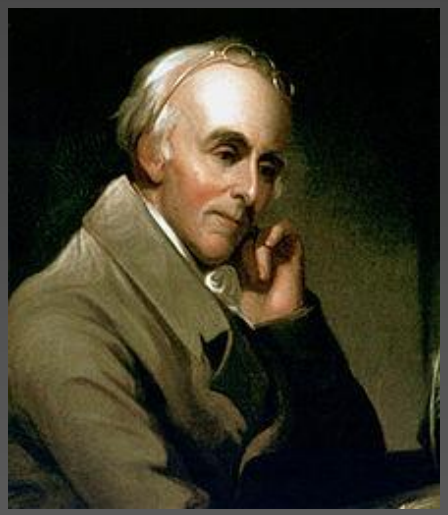
Mis en ordre & publié par M. DIDEROT, de l'Académie Royale des Sciences & des Belles-Lettres de Prusse; & quant à la PARTIE MATHÉMATIQUE, par M. D'ALEMBERT, de l'Académie Royale des Sciences de Paris, de celle de Prusse, & de la Société Royale de Londres.

Tantùm series juncturaque pollet,
Tantùm de medio sumptis accedit honoris! HORAT.

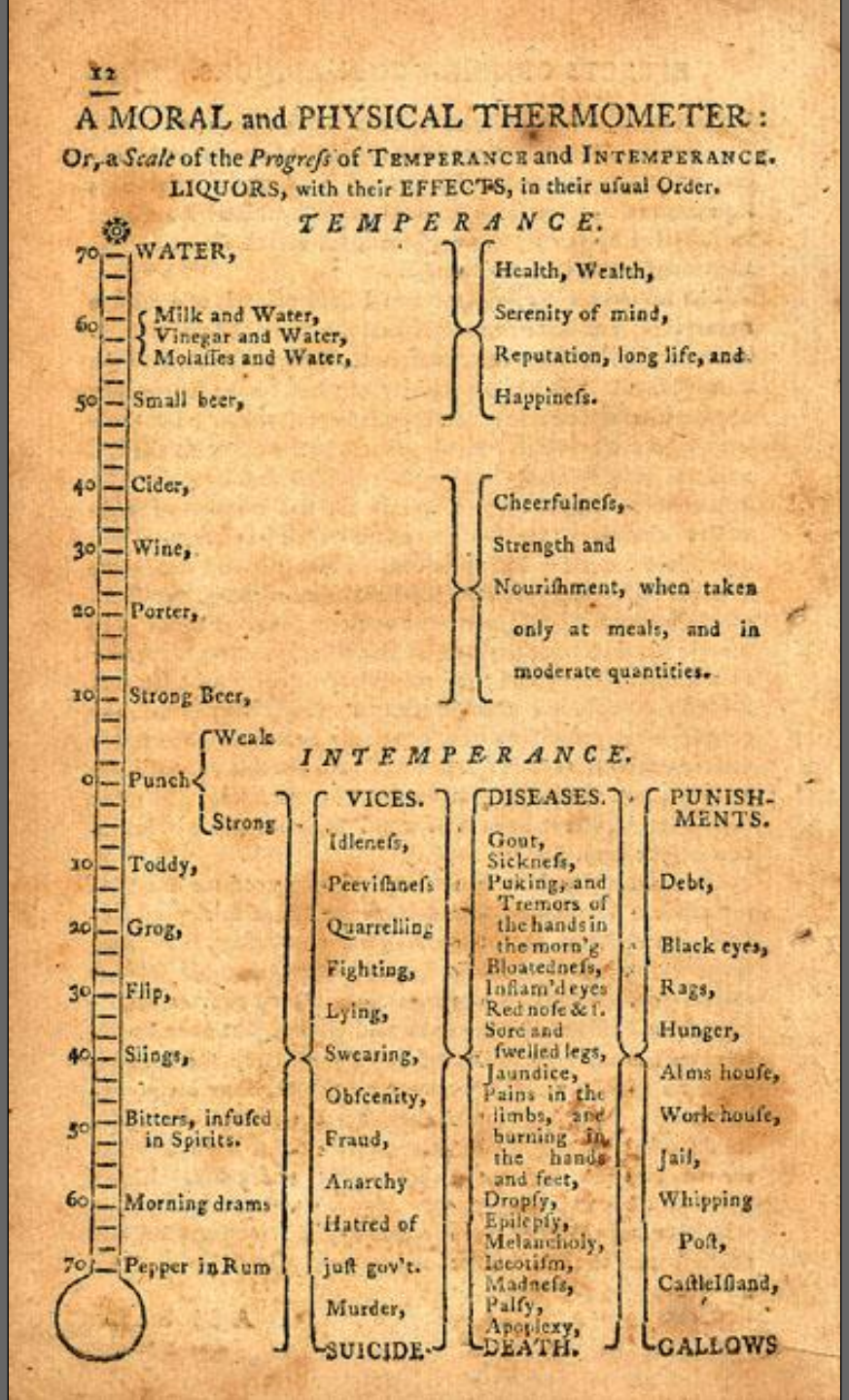
TOME PREMIER.

- Les Lumières : individualisation, auto-gouvernement de soi
- Démocratie
- Nouvelle relation au plaisir
- Dissolution des modes traditionnels de socialité et de pensée, de l'argument d'autorité. Libertinage
- Révolution industrielle : développement, urbanisation et misère sociale
- Les pratiques addictives se développent à un niveau inédit

Une autre lecture, médicale, apparaît



- Représentation médicale : l'addiction, l'intempérance (B. Rush, 1785), en tant que maladie avec des symptômes physiques, psychiques, moraux et sociaux
- Une cause : la drogue
- Un modèle : l'intoxication
- Un traitement : le sevrage (désintoxication)
- Une politique : la prohibition



12

A MORAL and PHYSICAL THERMOMETER:

Or, a *Scale* of the *Progreſs* of TEMPERANCE and INTEMPERANCE. LIQUORS, with their EFFECTS, in their uſual Order.

TEMPERANCE.

70 WATER,

60 Milk and Water, Vinegar and Water, Molaſſes and Water,

50 Small beer,

Health, Wealth, Serenity of mind, Reputation, long life, and Happineſs.

40 Cider,

30 Wine,

20 Porter,

10 Strong Beer,

Cheerfulneſs, Strength and Nouriſhment, when taken only at meals, and in moderate quantities.

INTEMPERANCE.

0 Punch { Weak / Strong

10 Toddy,

20 Grog,

30 Flip,

40 Slings,

50 Bitters, infuſed in Spirits.

60 Morning drams

70 Pepper in Rum

VICES. Idleneſs, Peeviſhneſs, Quarrelling, Fighting, Lying, Swearing, Obſcenity, Fraud, Anarchy, Hatred of juſt gov't. Murder, SUICIDE.

DISEASES. Gout, Sickneſs, Puking, and Tremors of the hands in the morn'g, Bloatedneſs, Inflam'd eyes, Red noſe &c. Sore and ſwelled legs, Jaundice, Pains in the limbs, and burning in the hands and feet, Dropſy, Epilepſy, Melancholy, Ideotiſm, Madneſs, Palſy, Apoplexy, DEATH.

PUNISHMENTS. Debt, Black eyes, Rags, Hunger, Alms houſe, Work houſe, Jail, Whipping Poſt, Caſtle-Iſland, GALLOWS

Benjamin RUSH

1784

An Inquiry Into the Effects of Ardent Spirits Upon the Human Body and Mind

Un progrès, mais…

- Tous les usagers ne deviennent pas dépendants
- La plupart des dépendants rechutent après un sevrage
- Donc, il y a d'autres facteurs causaux : individuels et/ou sociaux
- L'addiction en tant que symptôme
  - D'un trouble « génétique » qu'elle aggrave (théorie de la dégénérescence de Morel et Magnan, Magnus Huss, Cesare Lombroso, hygiénisme, eugénisme, darwinisme social)
  - D'un trouble psychologique : modèle de l'auto-médication

La dégénérescence

TRAITÉ

DES DÉGÉNÉRESCENCES

PHYSIQUES, INTELLECTUELLES ET MORALES

DE L'ESPÈCE HUMAINE

ET

DES CAUSES QUI PRODUISENT CES VARIÉTÉS MALADIVES

PAR LE DOCTEUR

B. A. MOREL

Médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure),
Ancien médecin en chef de l'Asile de Maréville (Meurthe),
Lauréat de l'Institut (Académie des sciences),
Membre correspondant de l'Académie royale de Savoie, de l'Académie royale de médecine de Turin,
Des Sociétés de médecine de Nancy, de Metz, de Gand, de Lyon, etc., etc.

ACCOMPAGNÉ D'UN ATLAS DE XII PLANCHES

A PARIS

CHEZ J. B. BAILLIÈRE

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19

LONDRES — H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET

NEW-YORK — H. BAILLIÈRE, 290, BROAD-WAY

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11

1857.

ROCHEFORT. — Amand Girard, Imprimeur

HÉRÉDITÉ ET ALCOOLISME

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE ET CLINIQUE
SUR LES DÉGÉNÉRÉS BUVEURS
ET LES FAMILLES D'IVROGNES

Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique
(1888)

Par le docteur M. LEGRAIN

ANCIEN INTERNE DES ASILES DE LA SEINE
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE LA COLONIE DE VAUCLUSE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS

Avec une préface de M. le docteur MAGNAN

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE SAINTE-ANNE

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1889

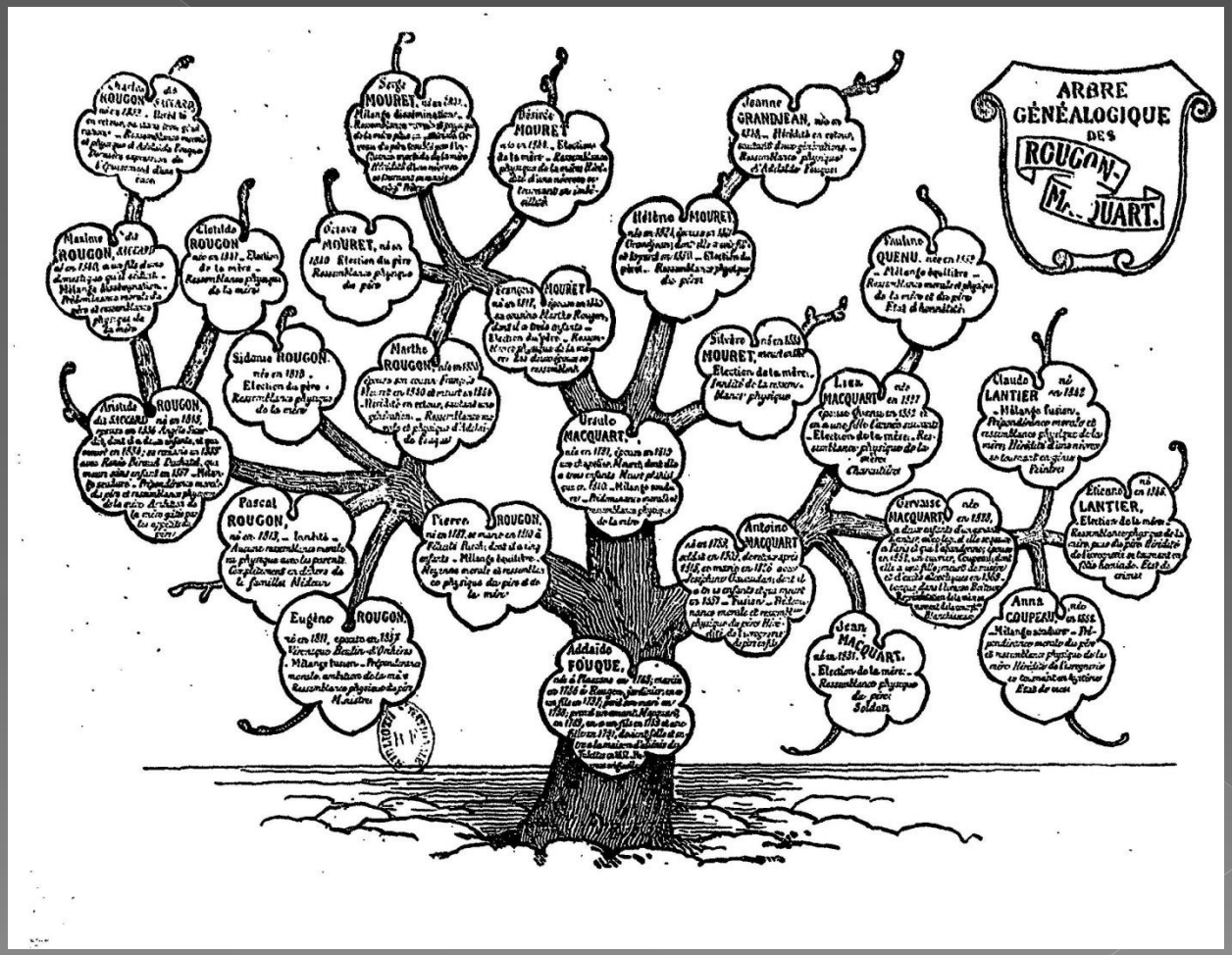
Tous droits réservés.

Les Rougon-Macquart

- Avant même de rédiger le premier roman de la série, Zola avait dressé en 1868 un arbre généalogique de ses personnages.

- Pour l'hérédité, Zola s'est inspiré des travaux du docteur Claude Bernard (1813-1878), à qui il emprunte des termes tels que *élection* (ressemblance exclusive avec l'un des deux parents), *mélange soudure* (fusion des traits du père et de la mère dans le même produit) ou *innéité* (absence de traits héréditaires).
- Il s'agissait pour Zola d'affirmer que, dans le roman naturaliste, il n'y a plus de barrière entre science et littérature. Alphonse Daudet aurait dit que, s'il avait possédé un tel arbre, il se serait pendu à sa plus haute branche.
- Référence directe et explicite à la théorie de la dégénérescence

L'arbre généalogique



Trois destins célèbres

- **Gervaise** (L'assommoir): *née en 1828 ; a deux garçons d'un amant, Lantier, dont l'ascendance compte des paralytiques, qui l'emmène à Paris et l'y abandonne ; épouse en 1852 un ouvrier, Coupeau, de famille alcoolique, dont elle a une fille ; meurt de misère et d'ivrognerie en 1869.* Élection du père. Conçue dans l'ivresse. Boiteuse. *Blanchisseuse*.
- **Étienne Lantier** (*Germinal*) : *né en 1846*. Mélange dissémination. Ressemblance physique de la mère, puis du père. *Mineur. Vit à Nouméa, puis à Montsu, avant de partir vers une destination inconnue, déporté. Il finit seul, sans famille*.
- **Jacques Lantier** (*La Bête humaine*) : *né en 1844, meurt en 1870 d'accident*. Élection de la mère. Ressemblance physique du père. Hérédité de l'alcoolisme se tournant en folie homicide. État de crime. *Mécanicien*.

Précarités et addictions

Les corrélations

Vulnérabilités sociales

- Un faible niveau socio-économique (revenus et éducation) est un important facteur de risque pour l'usage de substances et pour le SUD (Poulton et al. Lancet, 2002)
- De nombreuses études ont pu préciser les facteurs en cause :
  - Résidence dans des voisinages appauvris et stressants (modèle mal-adaptatif à un milieu dangereux)
  - Vie dans le « monde de la drogue/alcool » (usagers, réseaux d'usagers)
  - Désorganisation sociale de voisinage (manque de coopération, d'efficacité collective, déménagements répétés, gangs…)
  - Discrimination ethnique
- Les travaux de recherche suggèrent que l'usage de substances peut, en partie, être une réponse au stress et à la dysrégulation émotionnelle d'origine sociale.

Effets sociaux des usages

- Effets sur le niveau d'éducation et l'emploi
- Effets sur les comportements anti-sociaux
- Effets sur les enfants et la famille

Effets sur l'éducation et l'emploi

- L'usage et l'abus de substances pendant l'adolescence sont corrélés avec un moindre niveau scolaire, incluant décrochages et ruptures (Johnson & Kaplan, 1990 ; Myers & Andersen, 1991)
- Effets sur l'emploi :
  - Moindre niveau professionnel
  - Moindre productivité
  - Absentéisme
  - Accidents du travail et violences au travail
  - Instabilité professionnelle
  - Chômage

Comportements anti-sociaux

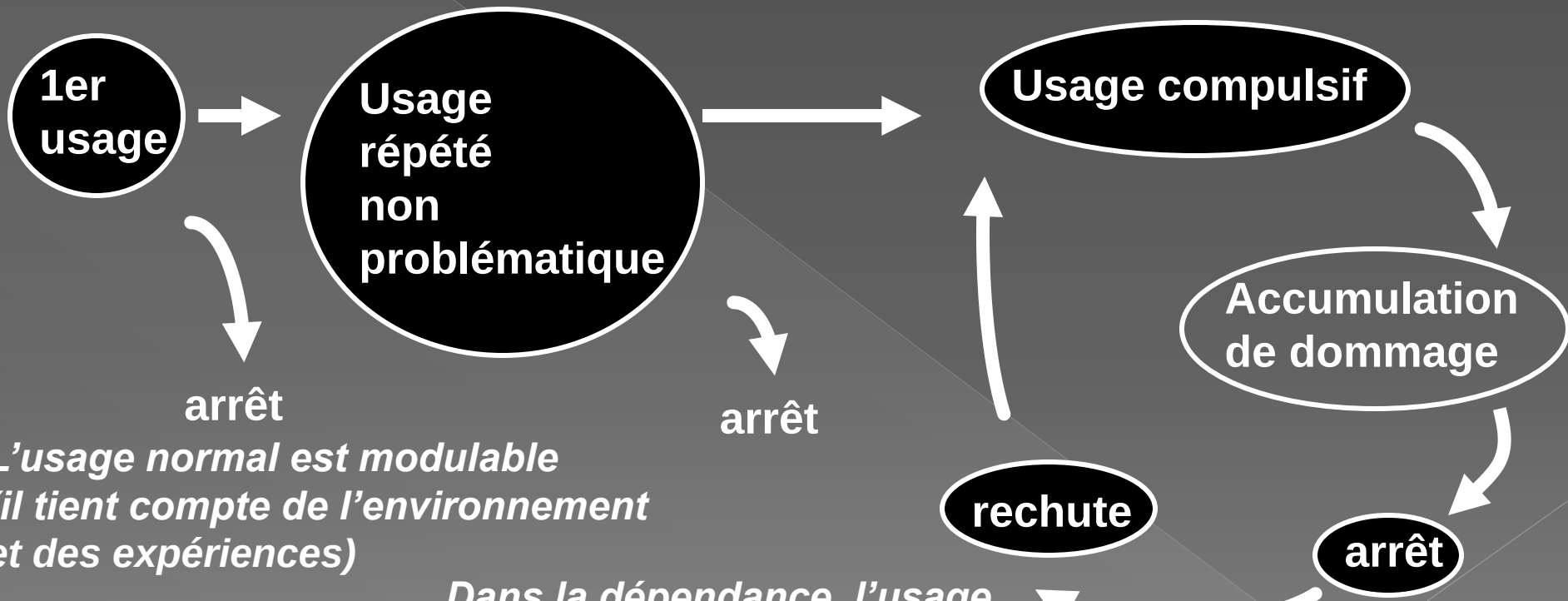
- Forte corrélation abus de substances/violence/délinquance
- Interaction entre troubles des conduites/effets désinhibiteurs des substances/dommages neuro-comportementaux chroniques
- Délinquance secondaire
- Conflits familiaux
- Réseaux délinquants

Effets sur les enfants et la famille

- Effets tératogènes, foeto-placentaires
- Psychopathologie infantile : ADHD, troubles des conduites, troubles cognitifs et neuromoteurs
- Effets psychosociaux sur la famille/enfants :
  - Troubles affectifs (dépression, anxiété)
  - Troubles comportementaux
  - Troubles de l'adaptation
  - Conflits familiaux (transmissibles)

Addictions et psychiatrie

Usage, Abus, Dépendance



L'usage normal est modulable (il tient compte de l'environnement et des expériences)

Dans la dépendance, l'usage est autonome, il ne tient plus compte de l'environnement ni des expériences

La rechute …

- Après l'arrêt de la consommation, chez une personne dépendante, c'est
  - Une probabilité raisonnablement inévitable
  - Cela confirme le diagnostic
  - C'est un indicateur de l'effet de l'action thérapeutique
    - C'est donc un encouragement à s'engager dans la prise en charge thérapeutique du patient dépendant

Critères diagnostiques ICD-10 Syndrome de dépendance

au moins 3 des manifestations suivantes en 1 an

- (a) désir puissant ou compulsif d'utiliser
- (b) difficultés à contrôler l'utilisation
- (c) syndrome de sevrage physiologique
- (d) mise en évidence d'une tolérance
- (e) abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts , et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
- (f) poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

Les addictions sont la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs

- Facteurs de risque liés aux produits : P
- Facteurs individuels de vulnérabilité (ou de résistance) : I
- Facteurs de risque (ou de protection) environnementaux : E

- Addiction = P.I.E

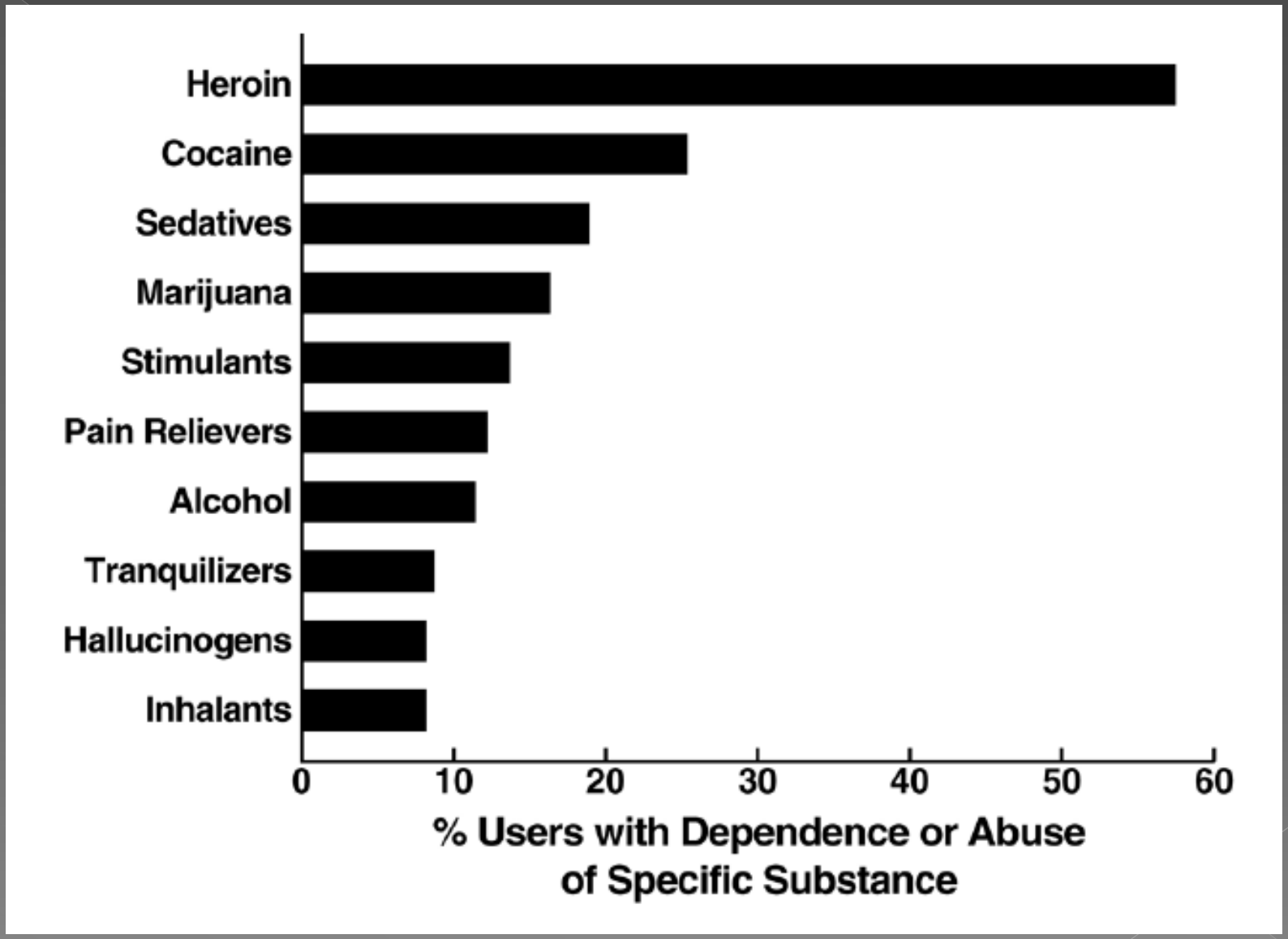
- La résultante de la rencontre entre un produit et un individu dans un environnement socio-culturel donné

Etat des lieux de l'addiction en France : les usagers réguliers

(10 usages ou plus durant les 30 derniers jours)

- Alcool : 9.7 millions
  - dont dépendants : 0.5-1.5 ?
- Tabac : 11.8 millions
  - Dont dépendants : idem
- Cannabis : 1.2 million
  - Dont quotidiens : 550 000
- Cocaïne (exp.): 1.1 million
  - Dont dans l'année 250 000
- Héroïne (exp.) : 360 000
  - Dont usagers problématiques : 230 000

OFDT 2010


Heroin
Cocaine
Sedatives
Marijuana
Stimulants
Pain Relievers
Alcohol
Tranquilizers
Hallucinogens
Inhalants
0
10
20
30
40
50
60
% Users with Dependence or Abuse
of Specific Substance

Usagers d'héroïne

- 150 000 à 180 000 usagers
- Relativement jeunes (autour de 30 ans)
- Principalement des hommes (4 hommes vs. 1 femme)
- Comorbidités psychiatriques fréquentes
- Problèmes sociaux : amont/aval
- Principale substance illicite nécessitant une prise en charge sanitaire et sociale

Common Co-Occurring Disorders in Patients Who Are Opioid Addicted (DSM IV-TR : Axis I, II)

- Mood Disorders : Major depressive disorder, Dysthymic disorder, Bipolar disorder
- Personality Disorders : Antisocial personality disorder (APD), Borderline personality disorder, Narcissistic personality disorder
- Anxiety Disorders : Generalized anxiety disorder, Posttraumatic stress disorder (PTSD), Social phobia, Obsessive-compulsive disorder, Panic disorders
- Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD)
- Schizophrenia and Other Psychotic Disorders
- Cognitive Disorders, Eating Disorders, Impulse Control Disorders: Pathological Gambling
- Sleep Disorders

Troubles de la personnalité

- Association très fréquente : 50 à 60 % des personnes dépendantes présenteraient un trouble de la personnalité
- Borderline : 30 à 50 % des consultants dépendants
- Psychopathes : 60 % des UD par voie IV
- Traits abandonniques :
  - attachement précoce : insécure
  - précarité
- Diagnostic difficile hors périodes d'abstinence
- Important à repérer car troubles des comportements, troubles de l'humeur, risque suicidaire, mauvais pronostic

Personnalité antisociale

- Critères DSM IV
- Au moins trois des critères suivants, depuis l'âge de 15 ans :
  - Incapacité à se conformer aux normes sociales, arrestations
  - Tendance à tromper par profit ou plaisir
  - Impulsivité, incapacité à planifier
  - Irritabilité, agressivité, bagarres
  - Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui
  - Irresponsabilité persistante, instabilité professionnelle
  - Absence de remords

Listes des facteurs prédictifs d'abus de drogues (Kandel, 1987) et de délinquance juvénile (Leitenberg, 1987)

- Garçon
- Alcool, image + D
- Problèmes familiaux
- Groupes de pairs usagers
- Désir indépendance
- Malaise psycho
- Faibles perspectives
- Faible motivation scolaire
- Attitudes tolérantes à la déviance
- Délinquance

Kandel

- Garçon
- Quartier difficile
- Problèmes familiaux
- Rejet familial
- Enfant « difficile », hyperactif, agressif
- Problèmes scolaires répétés
- Difficultés socio-culturelles
- Famille ou entourage délinquants
- Image négative de soi
- Groupes de pairs délinquants

Leitenberg

Psychiatrie et précarité

Psychopathie…

- « sociopathie »…
- Lien avec les troubles des conduites et hyperactivité pendant l'enfance et l'adolescence
- Parcours chaotiques, séparations, violences
- Lien avec la précarité sociale (actuelle et passée : parents, attachement insécure), effet et cause
- Rejet de la société : auto-exclusion
- Pessimisme thérapeutique mais…
- Cadre structurant, explicite, « juste », objectifs réalistes, temps, traitement du stress post-traumatique

Précarité

- « ce qui peut à chaque instant être remis en question » : fort potentiel anxiogène dès lors qu'elle ne résulte pas d'un « choix »
- clivage entre ceux qui disposent de moyens convenables d'existence et ceux qui les ont perdus, d'abord sur le plan matériel puis sur le plan psychologique (contexte socio-familial, événements de vie…)
- ou… vice versa, ou… idem
- déconsidérés, honte de devoir mendier leur survie, dépression, rancœur, agressivité, violences, addictions
- Auto-exclusion (Jean Furtos)

up/down, in/out ?

- 1991, Alain Touraine : « la question n'est plus de trouver sa place sur l'échelle sociale mais d'avoir une place dans la société »
- 1994, Vincent de Gaulejac : "la lutte des places" en tant que nouvelle conflictualité sociale.
- 1995, "Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher" rapport de Lazarus, Strohl et al. sur la souffrance psychique des exclus.
- la"fracture sociale", les "nouveaux pauvres"
- Mais tout ceci est-il vraiment nouveau ?

Le syndrome d'exclusion

- "Les citoyens superfétatoires" Robert Castel.
- Vécus et se vivant comme des inutiles, ils connaissent la honte, la désespérance et l'inhibition affectivo-cognitive : le syndrome d'exclusion de Jean Maisondieu
- Tentatives d'anesthésie, de fuite et d'euphorisation par les drogues et l'alcool pour « supporter », modèle addictif de Goodman
- Risque suicidaire, accidents, violences, forte létalité
- Faible recours aux soins hors « urgences »

Précarité, psychiatrie et addictions

- L'addiction peut donc être un produit de la précarité mais elle peut aussi être un facteur causal de troubles psychiques et de désocialisation
- Les troubles psychiques et la précarité ou l'exclusion sociales sont eux-mêmes des processus interactifs
- Interactions circulaires (ex : cannabis et chômage)
- Facteurs péjoratifs
- Difficultés d'accès aux soins et de suivi

Les vulnérabilités communes

Vulnérabilités aux addictions

- Vulnérabilités génétiques
- Vulnérabilités psychologiques
- Vulnérabilités psychiatriques
- Vulnérabilités familiales
- Vulnérabilités socio-environnementales

Common Co-Occurring Disorders in Patients Who Are Opioid Addicted (Axis I, II)

- Mood Disorders : Major depressive disorder, Dysthymic disorder, Bipolar disorder
- Personality Disorders : Antisocial personality disorder (APD), Borderline personality disorder, Narcissistic personality disorder
- Anxiety Disorders : Generalized anxiety disorder, Posttraumatic stress disorder (PTSD), Social phobia, Obsessive-compulsive disorder, Panic disorders
- Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD)
- Schizophrenia and Other Psychotic Disorders
- Cognitive Disorders, Eating Disorders, Impulse Control Disorders: Pathological Gambling
- Sleep Disorders

Facteurs de risque environnementaux

- Facteurs d'environnement social :
  - Misère sociale, chômage
  - Communautés, quartiers défavorisés, délinquance et criminalité, disponibilité élevée des produits, économie souterraine
  - Affaiblissement de la cellule familiale et de ses repères
  - Perte des valeurs morales (et religieuses)
  - Effet indirect par la perte des repères sociaux
- L'école : échec, exclusion, rupture
- Marginalité
- Rôle des pairs, des copains
- Facteurs familiaux

Facteurs familiaux

- Habitudes de consommation familiales
  - Consommation des parents
  - Tolérance familiale
- Modes de fonctionnement familial
  - Ambiance délétère, discorde, tensions importantes
  - Relations parents/enfants insatisfaisantes et conflictuelles
  - Faible niveau d'encadrement et d'autorité, permissivité
  - Attitudes parentales coercitives injustes et incohérentes avec manque d'implication et de supervision
  - Influence importante de la fratrie
  - Violences intrafamiliales et conséquences psychopathologiques
  - Troubles mentaux chez les parents
  - Familles monoparentales si style éducatif permissif ou rejetant/négligeant

Événements de vie

- Lien entre environnement et fonctionnement psychique, dysrégulation de l'axe corticotrope
- Événements familiaux :
  - Surreprésentation des décès prématurés (pères)
  - Conduites d'intoxication alcoolique du père
  - Conduites d'intoxication médicamenteuse de la mère
  - Problèmes multiples : deuils, divorces, séparations, abandons, etc.
- Événements individuels :
  - Pertes et deuils
  - Grossesses non désirées
  - Abus sexuels, viols, incestes
  - Traumatismes
  - Maladies graves
  - Absence de domicile stable
- Place des PTSD et du stress dans la rechute

Traumatismes

- La plupart des adolescents sous main de justice ont eu des expériences de trauma et de victimisation (Lederman et al. 2004)
- L'étude de Abram et al. (2004) montrait que 90 % des délinquants juvéniles incarcérés avaient subi au moins un traumatisme psychique (témoins ou victimes de violences)

Systèmes élargis

- Un faible niveau d'échanges et de fonctionnement familial affecte le développement du jeune, contribue à son éloignement précoce, à son affiliation rapide à groupes de pairs (usagers) et vice versa
- Problèmes sociaux, voisinage, quartiers
- Acculturation
- Intérêt de l'approche systémique (et pas seulement familiale)
- S'appuyer sur les ressources collectives

Vulnérabilités communes

- Presque tous les facteurs de risque socio-environnementaux mentionnés précédemment en ce qui concerne les addictions sont aussi des facteurs de risque pour
- Développer des troubles mentaux
- Avoir des difficultés d'insertion sociale

Une société addictogène ?

QUELLES ÉVOLUTIONS DANS UNE SOCIÉTÉ ADDICTOGÈNE ?

« Durant ce demi-siècle qui suivit la deuxième guerre mondiale, il a été observé une augmentation importante du taux des conduites antisociales, des conduites suicidaires, des troubles dépressifs, de l'usage de drogues toxicomanogènes, dont l'alcool, et ceci chez les adolescents et jeunes adultes.

En clair, des facteurs environnementaux sont responsables de ces changements majeurs. Quelle que soit l'importance de la génétique en relation avec les différences inter-individuelles, il est tout à fait invraisemblable qu'une dérive génétique ait pu apparaître si rapidement et soit la cause de l'augmentation des troubles psychopathologiques chez les jeunes.

L'étude des causes possibles et de leur rôle au cours du temps a suscité peu d'intérêt de la part des chercheurs en sciences sociales et doit devenir une priorité. »

In "*Psychosocial adversity and child psychopathology*"
Michael L. Rutter, Brit. J. Psychiatry, 1999, 174, 480-493.

Sir Michael L. Rutter (born 1933) is the first consultant of child psychiatry in the United Kingdom. He has been described as the "father of child psychology". Currently he is Professor of Developmental Psychopathology at the Institute of Psychiatry, King's College London and consultant psychiatrist at the Maudsley Hospital, a post he has held since 1966.

Désordres biocomportementaux : Impulsivité et perte des capacités d'auto-régulation

- Usage de drogues et addictions diverses
- Troubles alimentaires
- Violence et troubles de la personnalité
- Troubles affectifs et anxiétés chroniques
- Suicide
- Psychopathologies et troubles des comportements infantiles
- Déficits d'attention et hyperactivité
- Troubles obsessifs - compulsifs
- Fatigue chronique
- Douleurs chroniques (lombaires, etc…)
- Troubles du sommeil
- Troubles musculo-squelettiques
- Maladies broncho-pulmonaires, asthme
- Troubles gastro-intestinaux, etc.

« Cette augmentation régulière et incontrôlable des pathologies comportementales et sociales est devenue intolérable au regard des souffrances pour les familles, les enfants et adolescents, et pour les communautés. Tout ceci représente aussi une charge considérable et problématique qui met en péril le futur de notre système de santé et, au-delà, le futur de notre société ».

The Surgeon General, 2003

Désordres Bio-Comportementaux

- *1. Niveau biologique :*

Un « état » (neuro) biologique spécifique, inhérent ou acquis, importance des problèmes survenus au cours du développement.

- *2. Niveau comportemental*

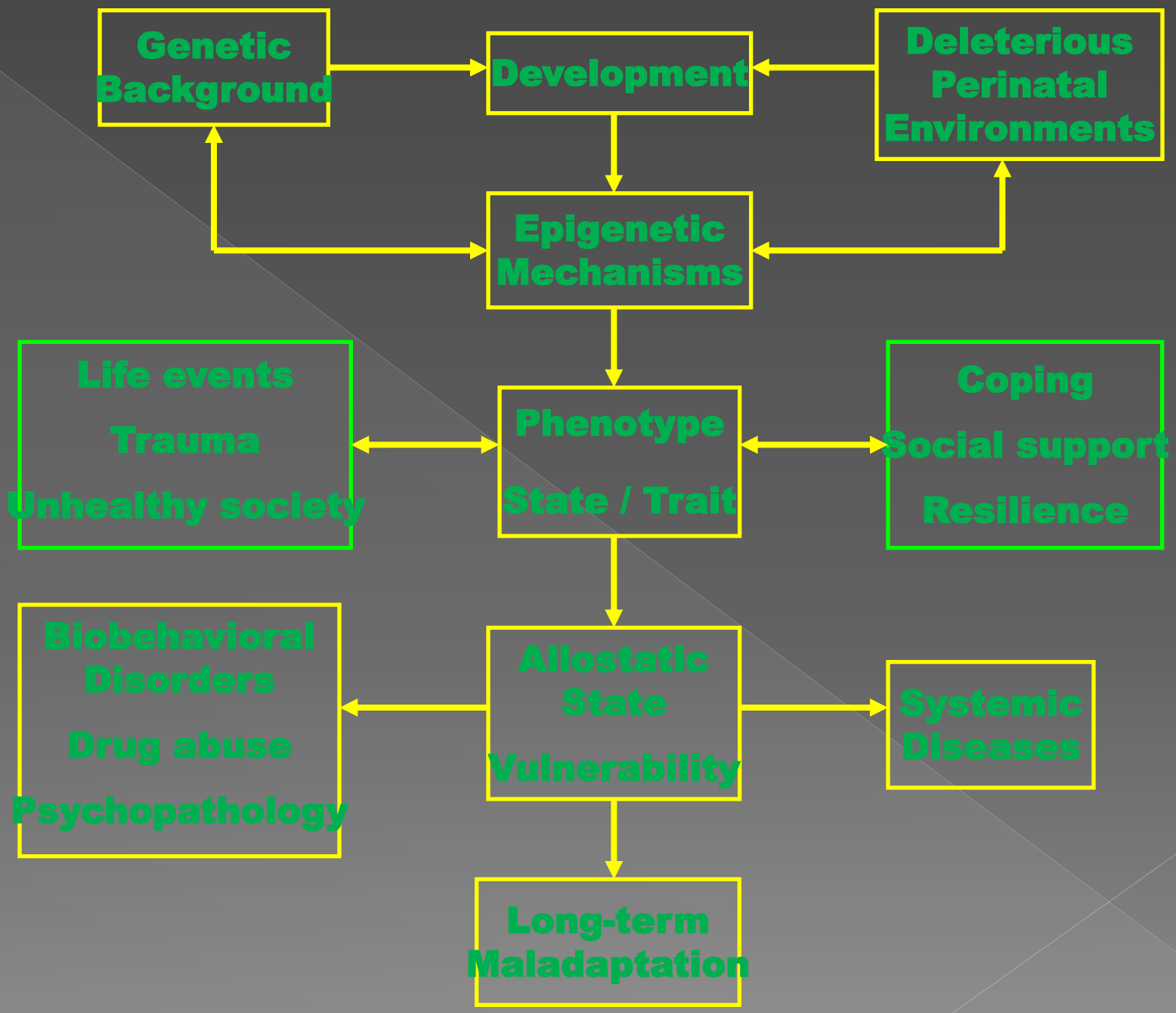
Un « phénotype » malade ou une personnalité ou un « moi », vulnérable ; instabilité émotionnelle, souffrance, difficultés à réguler et exprimer les émotions, incapacité à planifier positivement le futur, difficultés à établir des relations interpersonnelles saines, problèmes d'estime de soi, mal de vivre, difficultés à supprimer et à se contrôler.

- *3. Une réponse*

Un « état » pour lequel la prise de drogues, ou tout autre désordre dans le domaine des interactions socio-comportementales, sont des réponses. Ces réponses sont des éléments significatifs, des modalités d'auto-régulation, une manière de s'ajuster à ce qui est insupportable.

- *4. Au delà des processus homéostatiques : de l'allostasie à la maladie*

Cet « état » reflète à la fois des mécanismes neurobiologiques-comportementaux et des dynamiques environnementales. Il caractérise la transition des équilibres allostatiques vers la pathologie, un état de maladie (addiction).


Genetic Background
Development
Deleterious Perinatal Environments
Epigenetic Mechanisms
Life events
Trauma
Unhealthy society
Phenotype
State / Trait
Coping
Social support
Resilience
Biobehavioral Disorders
Drug abuse
Psychopathology
Allostatic State
Vulnerability
Systemic Diseases
Long-term Maladaptation

The
Baumeister & Tice
Social Psychology Lab

« La perte des capacités d'auto-régulation est la pathologie majeure de notre époque »

Losing control. How and why people fail at self-regulation, 1994.

RF Baumeister, TF Heatherton, DM Tice

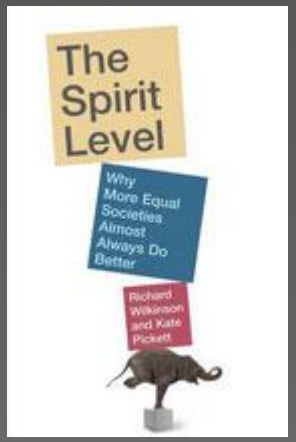
Sociétés délétères et atteintes à la santé des individus

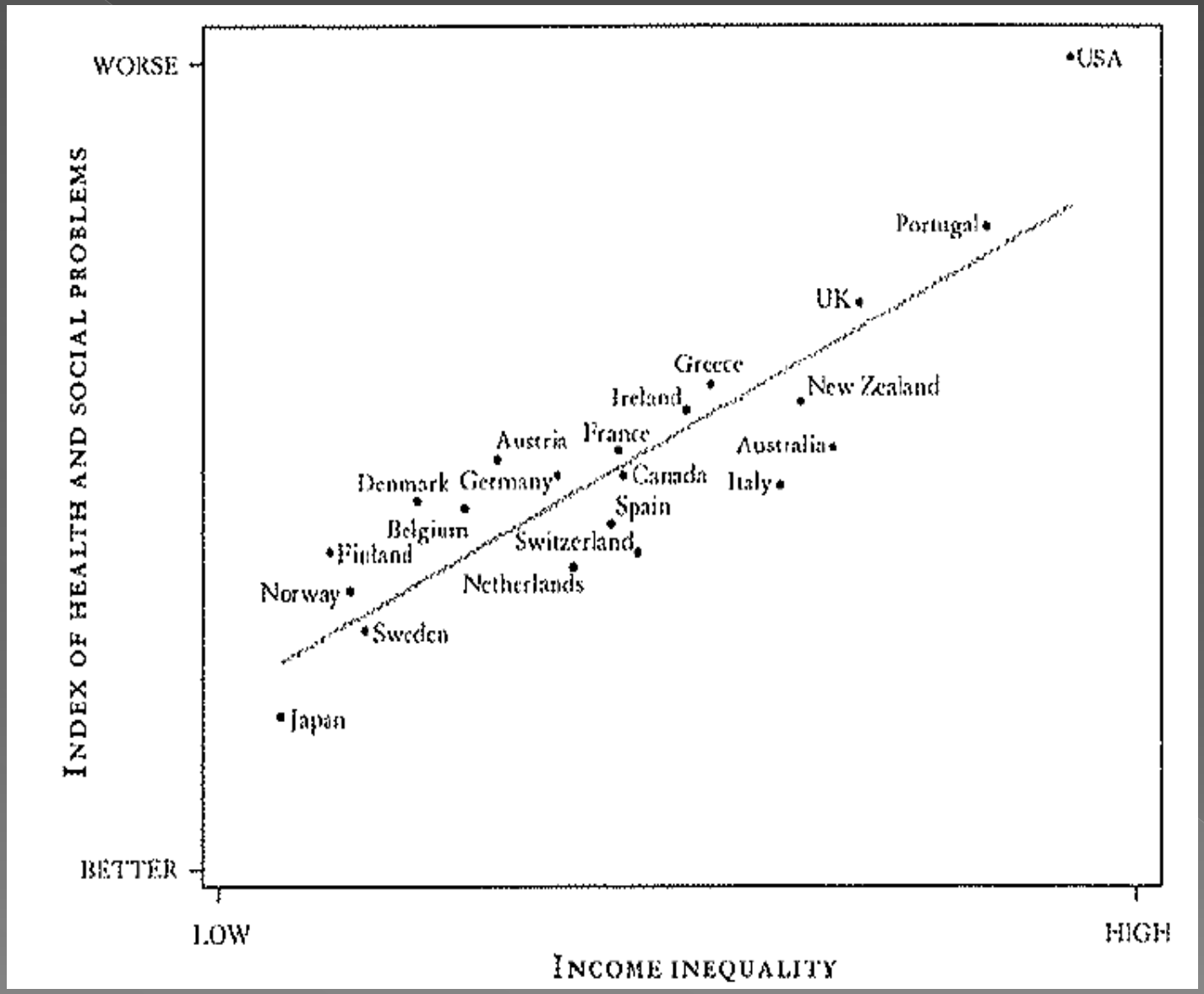
- A. Sen : *Inequality reexamined,* 1992.
- S. Wolf, J.G. Bruhn : *The Power of Clan*, 1998.
- N. Adler, M. Marmot, B.S. McEwen, J. Stewart : *Socio-economic Status and Health in Industrial Nations. Social, Psychological and Biological Pathways,* 1999.
- M. D. Glantz, J. L. Johnson : *Resilience and Development : Positive Life Adaptations*, 1999.
- M. Marmot, R.G. Wilkinson : *Social determinants of Health*, 1999.
- R. Wilkinson : *Unhealthy Societies, The afflictions of inequalities, 1999*.
- D.G. Myers : *The American Paradox*, 2000.
- R.D. Putman : *Bowling alone,* 2000.
- Institute of Medecine : *Health and Behavior. The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences,* 2001.
- I. Kawachi, B.P. Kennedy : *The Health of Nations: Why inequality is Harmful to your Health,* 2002.
- I. Kawachi, L.F. Berkman : *Neighborhoods and health,* 2003.
- M. Marmot, R.G. Wilkinson : *Social determinants of Health : The solid facts*, 2003.
- M. Marmot : *Status syndrome : How your social standing directly affects your health and life expectancy*, 2004.
- R. Wilkinson, K. Pickett : *The Spirit Level : Why More Equal Societies Almost Always Do Better,* 2009.

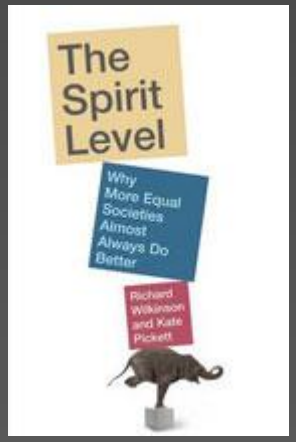
Richard Wilkinson and **Kate Pickett**
epidemiologists at Nottingham and York universities

The Spirit Level:
Why More Equal Societies Almost Always Do Better

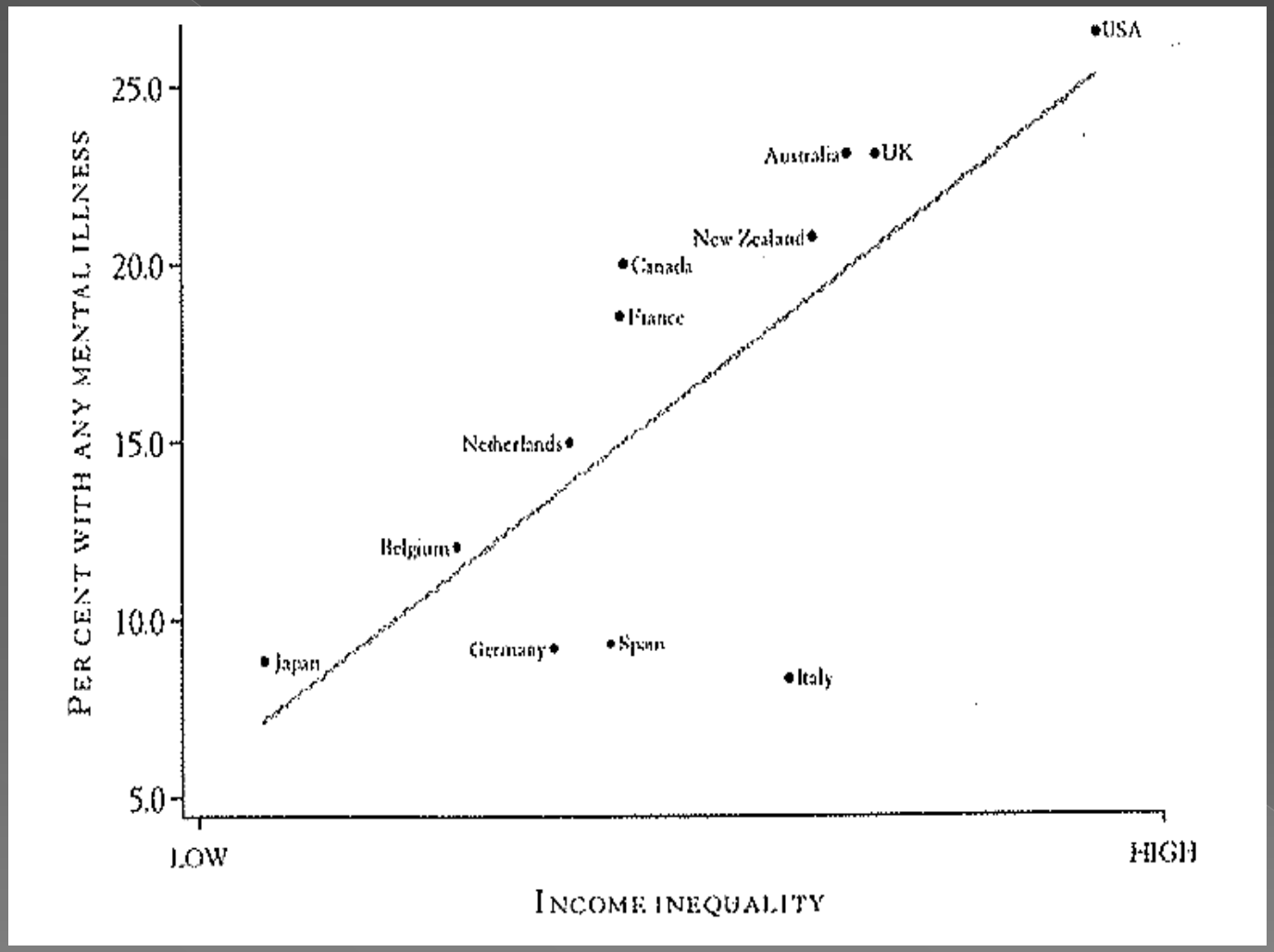
They explain why relatively unequal societies such as Britain and the United States are more likely to suffer from a range of problems, including low life expectancy, illiteracy, stress, and a high crime rate. Even climate change is less of a challenge for a society with a narrow gap between rich and poor.

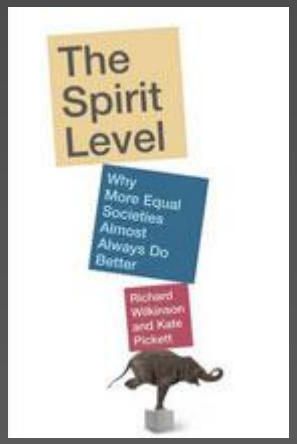






T. Jackson, Prosperity without growth, 2009





R. Wilkinson and K. Pickett, The spirit level, 2009

Facteurs de risque de suicide chez les addicts

- Genre : hommes
- Psychopathologie : dépression (20 à 30 % des toxicomanes), troubles de la personnalité cluster B (antisociale : 50 % des IVDU)
- Isolement et dysfonctionnement social, faible niveau de formation, chômage, prison, désinsertion…
- Dysfonctionnement familial, antécédents d'abandon, de séparation, d'abus, de maltraitance…
- Polyconsommations (alcool, bzd…)
- Donc chez les addicts, les mêmes facteurs de risque qu'en population générale mais… dans une bien plus forte proportion !

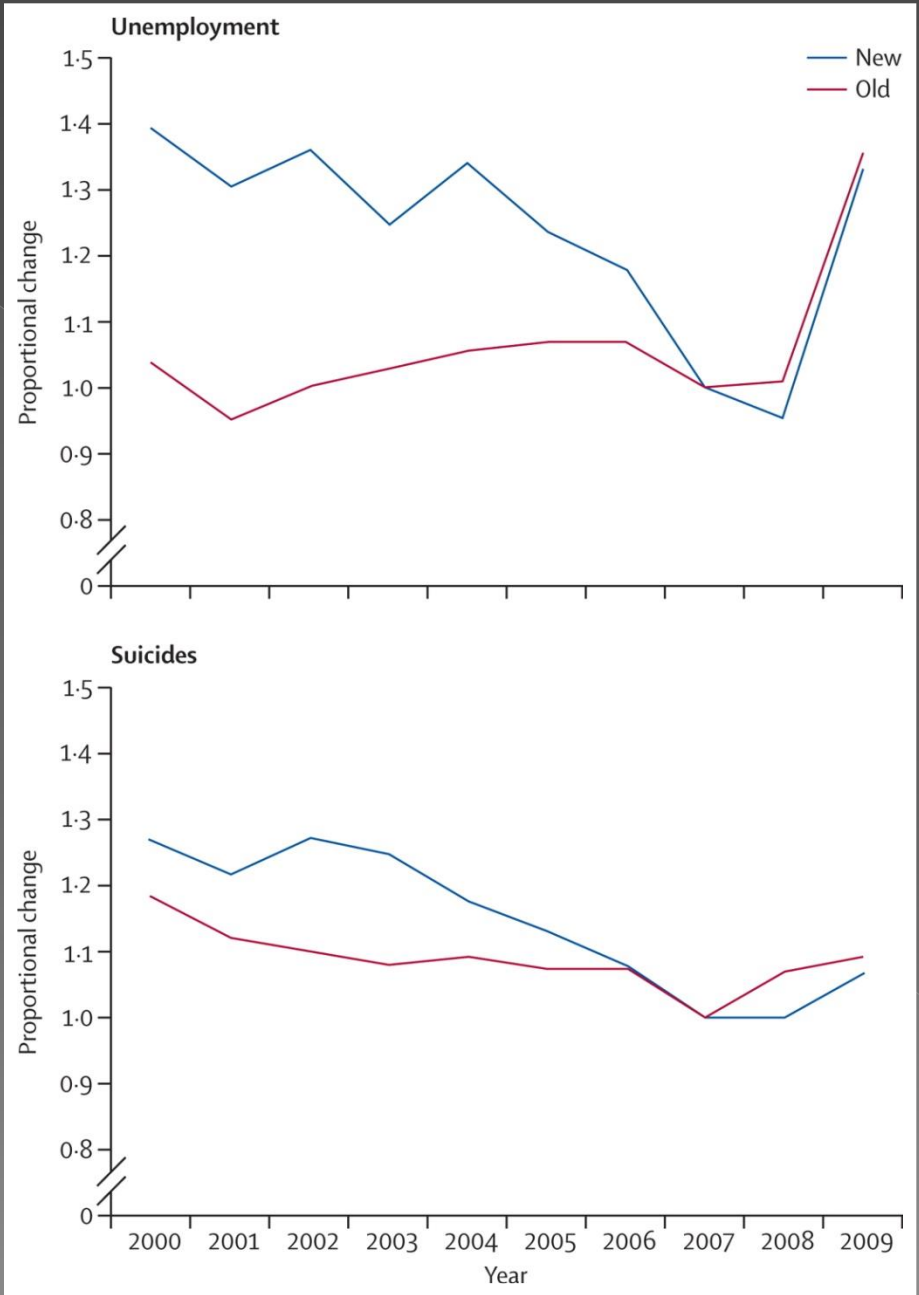
Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data

David Stuckler, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Adam Coutts and Martin McKee

The Lancet
Volume 378, Issue 9786, Pages 124-125 (July 2011)
DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61079-9

Copyright © 2011 Elsevier Ltd Terms and Conditions

Figure



Source: The Lancet 2011; 378:124-125 (DOI:10.1016/S0140-6736(11)61079-9)

Terms and Conditions

Conclusion

Perspectives

Réinventer la médecine sociale et lutter contre
-les inégalités,
-la tendance au réductionnisme, à la spécialisation,
-la stigmatisation !

Conduite à tenir

- Politiques sociales et de protection de l'enfance
- Approches familiales, repérage précoce
- Repérage : y penser et rechercher le double (triple) diagnostic sans se limiter aux points d'appel spécifiques de sa propre filière de soins ou de travail social
- Approche intégrée : psychiatrique, addictologique et sociale (seul ou en réseau)
- Saisir toute occasion de rencontre, souvent dans l'urgence pour avancer vers une
- Prise en charge globale et durable

Perspectives en addictologie

- Dépasser les limites des approches catégorielles (par produits en addictologie et de la sectorisation en psychiatrie…), décloisonnement
- Prise en charge globale, inscrites dans la durée, rôle central du secteur médico-social
- En addictologie, intérêt des CSAPA, des CAARUD/« boutiques », du travail de rue, etc.
- Intérêt de structures de contact, de première ligne, en mesure d'assurer des relais de prise en charge y compris sur site : unité de lieu
- Intérêt des centres résidentiels, des dispositifs d'hébergement avec accompagnement, des chantiers d'insertion, etc.
- Équipes de liaison psychiatrie/précarité, équipes mobiles

Nécessité d'approches décloisonnées et de qualité

- Toutes addictions : CSAPA
- Accessibles, sans préalable : CAARUD
- Ouvertes sur la rue
- Polyvalentes, pluridisciplinaires
- Travaillant en réseau sanitaire et social
- Qualité d'accueil et de prestations
- Exemple : VHC (FibroScan et consultations d'hépatologie en CSAPA/CAARUD)
- Articulation avec dispositifs avec hébergement

Le FibroScan à Planterose

Etude ToxScan

- **The establishment of a FibroScan in a street-based outreach for drug users can improve HCV screening, management and treatment. A prospective study.**

Juliette Foucher (1), Brigitte Reiller (2), Véronique Jullien (2), Frédéric Léal (3), Emmanuel Scotto di Cesare (2), Sandrine Villars (1), Wassil Merrouche (1), Jean-Michel Delile (2), Victor de Lédinghen (1, 4).

- 1. Centre d'Investigation de la Fibrose hépatique, Hôpital Haut-Lévêque, CHU Bordeaux, Pessac, France
- 2. CEID, Centre Planterose, Bordeaux, France
- 3. Médecins du monde, La Case, Bordeaux, France
- 4. INSERM, U889, Bordeaux, F-33076 France; Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, F-33076 France

Certes,

Les Echos
12/11/07
P. 15
Compétences

SCIENCES/SANTÉ

Marginaux et soins ne font pas bon ménage

Un nombre croissant de personnes en France sont en situation précaire, échappent au système de santé et cumulent les risques.

ENVOYÉ SPÉCIAL À BIARRITZ.

« C'est un véritable tsunami qui nous attend entre 2010 et 2020. » Pascal Melin, médecin au centre hospitalier de Saint-Dizier, est confronté à une dure réalité. Selon cet expert, vice-président de l'association SOS Hépatites, près de 80 % des nouvelles contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) touchent désormais des usagers de drogues. Les méthodes de prévention et de prise en charge traditionnelles ne fonctionnent pas avec ces personnes isolées, vivant dans des conditions précaires ou psychologiquement fragiles. *« Il faut inventer de nouvelles formes de prise en charge adaptées à ces patients »*, indique Pascal Melin.

Selon lui, le traitement socio-médical de ces exclus réclame deux approches nouvelles : une gestion multidisciplinaire et des structures de traitement construites sur mesure. *« Quand les centres de soins sont bien adaptés à ces populations, on obtient un taux de guérison de 70 %, comme pour le reste de la population. »* Quelques centres de ce type existent désormais dans l'Hexagone. Ils ont été présentés récemment aux rencontres de Biarritz consacrées à un trio infernal qui fait des ravages chez les laissés-pour-compte de la santé : toxicomanie, hépatites, sida.

Profil sociologique des usagers de drogue en France

	Hommes	Femmes
Proportion	74 %	26 %
Age moyen	35,6 ans	34,5 ans
Ayant connu 1 antécédent d'incarcération au cours de leur vie	61 %	
Sans emploi	65 %	
Sans logement stable	55 %	
En grande précarité, vivant dans un squat ou dans la rue	19 %	
Suivant un traitement de substitution	71 %	
Par un centre spécialisé	48 %	
Par un médecin de ville	37 %	

Idé / Source : ANRS et INVS / Photo : Jupiterimages-AFP

Le traitement socio-médical de ces exclus réclame deux approches nouvelles : une gestion multidisciplinaire et des structures de traitement construites sur mesure.

Taux de réussite

A Bordeaux, c'est un psychiatre, le docteur Jean-Michel Delile, qui dirige CEID, dont un nouvel établissement sera opérationnel à la fin de l'année. Il dispose d'une équipe soignante de 18 spécialistes venus d'horizons divers. Cette unité pilote a été conçue pour soigner des personnes à *« haut risque de contamination »*, peu ou pas dépistées, ni réellement suivies par un médecin. *« Notre public est constitué d'usagers de drogues, peu demandeurs, souvent jeunes et très marginalisés. Ils combinent des problématiques généralement lourdes aux plans social et psychiatrique »*, ajoute Jean-Michel Delile. Ce centre est destiné à recevoir une *« population en errance »* composée essentiellement d'hommes (72 %), de sans-domicile fixe (29 %) et marquée par des antécédents d'incarcération (35 %). Dans un récent avis, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) constate cette réalité de la société française : *« Les plus démunis cumulent les inconvénients d'une exposition maximale aux risques et d'un accès réduit aux soins. »*

Une très grande majorité des malades traités au CEID connaissent de lourds problèmes d'addiction. Près de 70 % d'entre eux sont héroïnomanes, 90 % sont des adeptes de la cocaïne, 94 % sont des usagers du cannabis et 44 % ont un problème grave avec l'alcool. Leur prise en charge réclame des personnels particulièrement dévoués, et la collaboration de disciplines peu habituées à se côtoyer dans le monde hospitalier classique : hépatologues, addictologues, psychiatres.

L'installation d'un appareil de dépistage des lésions hépatiques éliminant la redoutée biopsie du foie (1) a été jugée indispensable à la réussite du projet. *« Il faudrait généraliser l'utilisation de cet examen non invasif qui dure moins de cinq minutes. La peur de la biopsie est un frein au dépistage »*, indique Jean-Michel Delile, qui a bénéficié du soutien de Roche pour acheter cet instrument (FibroScan) (2). Selon le spécialiste bordelais, cette petite structure (35 lits) permet de soigner des malades difficiles et souvent imprévisibles en leur offrant un niveau de qualité de soins équivalent à celui des hôpitaux. *« Cela détruit une idée reçue. Quand ils sont bien encadrés, les toxicomanes observent les prescriptions comme les autres »*, assure le médecin bordelais.

Le problème des prisons

Certains pays comme le Canada, l'Espagne ou la Suisse sont allés encore plus loin dans la relation avec ces patients hors normes. A Genève, une salle de consommation de drogue par voie intraveineuse est ouverte depuis la fin 2001. Ce site (appelé Qual 9) offre un *« accueil respectueux »* aux toxicomanes. Il propose l'échange de matériel et un espace sécurisé pour les injections. En contrepartie, les visiteurs se voient proposer des conseils ou un suivi médicalisé. Près de 80 centres de ce type existent dans le monde. En France des expérimentations (espaces de consommation) sont en projet à Montpellier et à Mulhouse.

Le monde carcéral est un autre milieu où l'infection par le VHC est dix fois plus élevée que dans le reste de la population (près de 7 % contre, 0,84 %). *« Actuellement, seulement 14 % des détenus sont traités »*, regrette le docteur Laurent Michel, de l'hôpital de Limeil-Brévannes, près de Paris, spécialisé dans le traitement des populations détenues. Selon lui, *« la prison est un lieu où l'on soigne, mais pas un lieu de soins »*. La visite médicale obligatoire est en principe un moment privilégié pour dépister et informer. Mais la durée moyenne d'incarcération (quatre mois) est un obstacle à un bon suivi des traitements. Lui aussi recommande la généralisation des tests non invasifs qui *« rassurent »* les prisonniers et facilitent le dialogue.

L'enquête menée par l'ANRS (Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites) et l'InVS (Institut national de veille sanitaire) auprès des usagers de drogues confirme l'ampleur de la tâche qui reste à accomplir. Près de 65 % de toxicomanes sont sans emploi, 55 % n'ont pas de logement stable et 61 % ont eu au moins un antécédent carcéral dans leur vie. *« C'est une population fortement marquée par la précarité sociale et souvent sous traitement de substitution »*, indique l'enquête Coquelicot, réalisée en 2004. Dans certaines villes françaises, la situation est catastrophique. A Marseille, plus de 30 % des toxicomanes sont porteurs du VIH, et plus de 65 % sont infectés par le VHC.

ALAIN PEREZ

(1) Prélèvement par une sonde de cellules hépatiques dont l'analyse permet de déterminer le degré de gravité de l'hépatite.
(2) Ce test mesure l'élasticité du foie par un capteur extérieur à l'organisme.

Le VHC lié à la toxicomanie

- Près de **400.000** personnes sont infectées par le virus de l'hépatite C en France.
- **Un tiers** l'ont été par des transfusions sanguines.
- **Un deuxième tiers** sont des usagers de drogues.
- **Un dernier tiers** ont été contaminés par d'autres voies (tatouage, acupuncture, causes nosocomiales).
- Actuellement, on compte environ **5.000** nouvelles contaminations par an, dans l'Hexagone.
- **80 %** de ces nouveaux cas sont liés à l'usage de drogues nasales ou injectables.
- La prévalence de la maladie en France est de **0,84** % de la population totale.
- Elle atteint **1,63** % en Espagne et **3,12** % en Italie.

L'engrenage du sida et de la tuberculose

40 millions. Le rapport publié la semaine dernière (*) confirme la propagation des co-infections VIH et tuberculose (TB) dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Selon cette enquête, près du tiers des 40 millions de personnes touchées par le VIH-sida dans le monde sont co-infectées par la tuberculose. Le taux de mortalité des personnes atteintes des deux infections en même temps est cinq fois plus élevé que celui de la tuberculose seule. Selon Veronica Miller, qui a coordonné cette étude, la situation est particulièrement critique en Afrique subsaharienne, où les formes de TB résistantes aux antibiotiques courants se *« développent insidieusement »*. Pour la chercheuse américaine, *« contrairement à la grippe aviaire, la menace VIH-TB au niveau mondial n'est nullement hypothétique. Elle est là. Mais la science et la coordination nécessaires pour l'arrêter sont largement insuffisantes »*.

(*) Par le Forum for Collaborative HIV Research.

Tous droits réservés © Les Echos - 2007

Mais il est possible de faire mieux !
En adaptant nos institutions et notre état d'esprit

jm.delile@ceid.asso.fr
www.ceid-addiction.com