



Psychiatrie et addictologie : des liens à redéfinir

Pr Benyamina, MD, PhD
CERTA, Hôpital Universitaire Paul Brousse

Introduction

- Les comorbidités liées à l'utilisation des substances psychoactives sont associées à une diminution de la santé et de la qualité de vie.
- L'usage d'alcool, ainsi que d'autres substances psychotropes, est un facteur d'aggravation des pathologies psychiatriques associées.
- La fréquence de l'association de ces comorbidités pose des questions spécifiques sur le plan pathophysiologique.
- La prise en charge des comorbidités nécessite une approche globale et intégrative ainsi que la réorganisation des liens entre les structures de soins.

Les carences actuelles

- Manque d'intérêt pour les pathologies addictives dans le champ de la psychiatrie générale.
- Manque de formation des professionnels des addictions à la psychopathologie et la nosologie psychiatrique.
- Manque de formation à la recherche des professionnels travaillant dans le domaine des comorbidités.
- Peu d'élaboration et de formation à la prise en charge et le traitement global des patients comorbides.
- Manque de structures de soins ambulatoires et résidentiels pour répondre aux besoins de ces patients.
- Manque de traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques efficaces et validés.
- Manque de participation de l'industrie pharmaceutique dans la réalisation d'essais cliniques ciblant les patients comorbides.

Epidémiologie

Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010

Harvey A Whiteford, Louisa Degenhardt, Jürgen Rehm, Amanda J Baxter, Alize J Ferrari, Holly E Erskine, Fiona J Charlson, Rosana E Norman, Abraham D Flaxman, Nicole Johns, Roy Burstein, Christopher J L Murray, Theo Vos

Lancet 2013; 382: 1575-86

Les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation d'alcool représentent un fardeau important sur le plan de la santé publique

	Proportion of total DALYs (95% UI)	Proportion of total YLDs (95% UI)	Proportion of total YLLs (95% UI)
Cardiovascular and circulatory diseases	11.9% (11.0-12.6)	2.8% (2.4-3.4)	15.9% (15.0-16.8)
Diarrhoea, lower respiratory infections, meningitis, and other common infectious diseases	11.4% (10.3-12.7)	2.6% (2.0-3.2)	15.4% (14.0-17.1)
Neonatal disorders	8.1% (7.3-9.0)	1.2% (1.0-1.5)	11.2% (10.2-12.4)
Cancer	7.6% (7.0-8.2)	0.6% (0.5-0.7)	10.7% (10.0-11.4)
Mental and substance use disorders	7.4% (6.2-8.6)	22.9% (18.6-27.2)	0.5% (0.4-0.7)
Musculoskeletal disorders	6.8% (5.4-8.2)	21.3% (17.7-24.9)	0.2% (0.2-0.3)
HIV/AIDS and tuberculosis	5.3% (4.8-5.7)	1.4% (1.0-1.9)	7.0% (6.4-7.5)
Other non-communicable diseases	5.1% (4.1-6.6)	11.1% (8.2-15.2)	2.4% (2.0-2.8)
Diabetes, urogenital, blood, and endocrine diseases	4.9% (4.4-5.5)	7.3% (6.1-8.7)	3.8% (3.4-4.3)
Unintentional injuries other than transport injuries	4.8% (4.4-5.3)	3.4% (2.5-4.4)	5.5% (4.9-5.9)

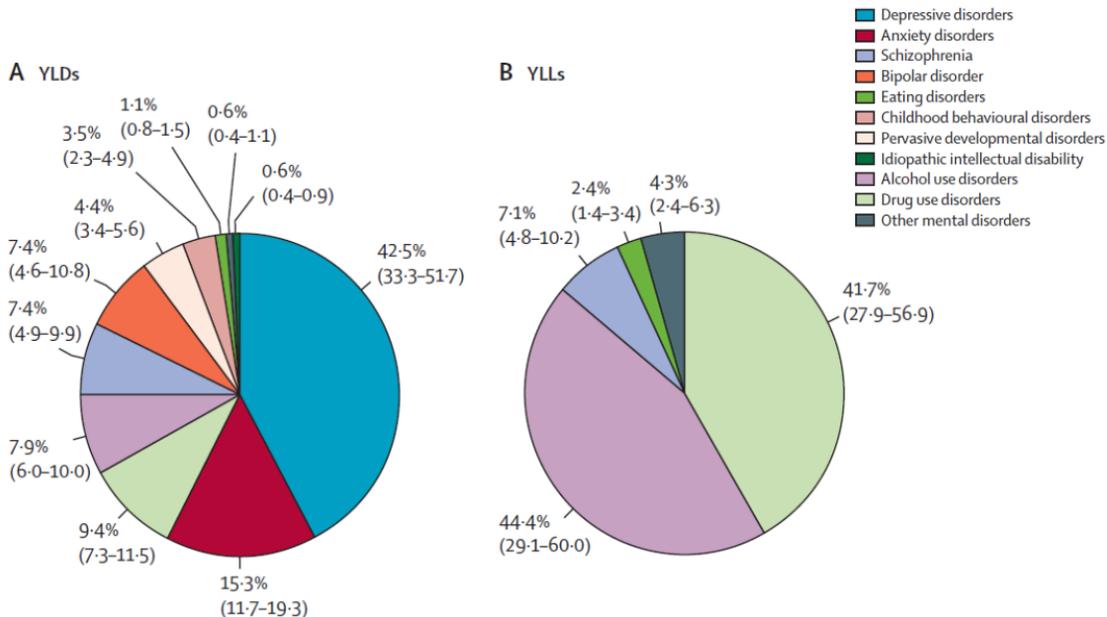
DALYs=disability-adjusted life-years. YLDs=years lived with disability. YLLs=years of life lost.

Table: Proportion of YLDs, YLLs, and DALYs explained by the ten leading causes of total burden in 2010

Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010

Harvey A Whiteford, Louisa Degenhardt, Jürgen Rehm, Amanda J Baxter, Alize J Ferrari, Holly E Erskine, Fiona J Charlson, Rosana E Norman, Abraham D Flaxman, Nicole Johns, Roy Burstein, Christopher J L Murray, Theo Vos

Lancet 2013; 382: 1575-86



Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs

Lancet 2010; 376: 1558-65

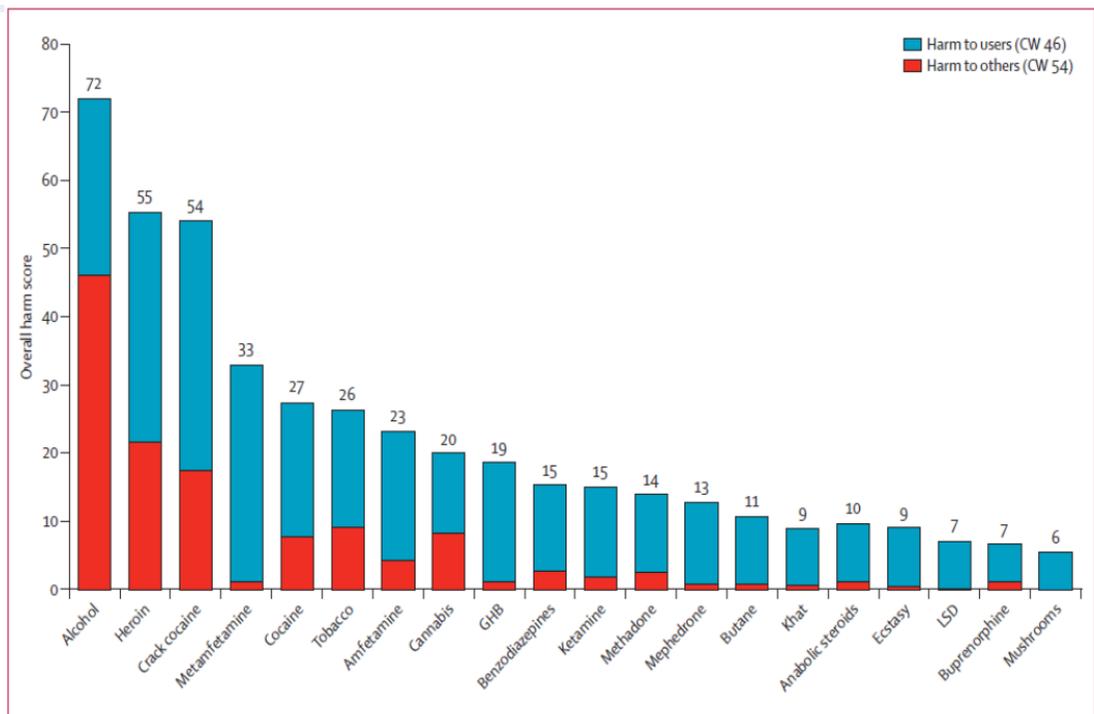
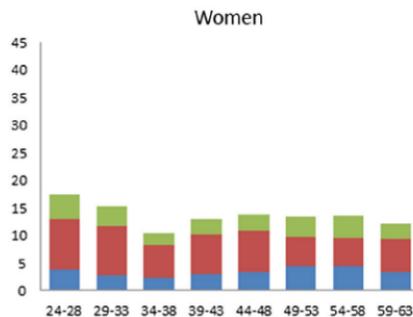
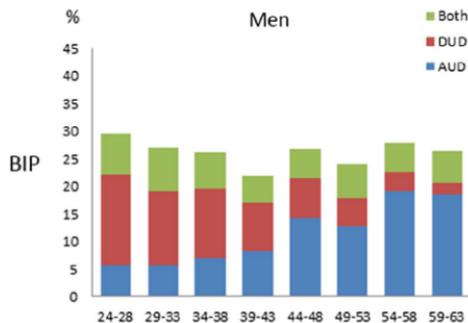


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others

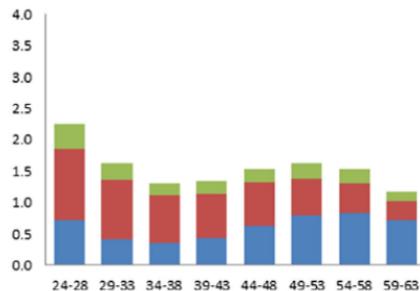
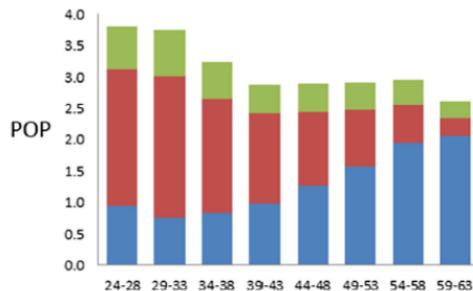
The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study

Ragnar Nesvåg · Gun Peggy Knudsen · Inger Johanne Bakken ·
Anne Høy · Eivind Ystrom · Pål Surén · Anne Renellot ·
Camilla Stoltenberg · Ted Reichborn-Kjennerud



N=15 540 patients bipolaires, dont 20,1% avait aussi un diagnostic d'un trouble lié à l'usage de SPA (8,1% alcool, 7,6% drogues, 4,4% alcool et drogue)



The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases

September 2011



HARVARD
School of Public Health

	Low- and Middle-Income Countries			High-Income Countries			World		
	Direct Costs	Indirect Costs	Total Cost of Illness	Direct Costs	Indirect Costs	Total Cost of Illness	Direct Costs	Indirect Costs	Total Cost of Illness
2010	287	583	870	536	1.088	1.624	823	1.671	2.493
2030	697	1.416	2.113	1.298	2.635	3.933	1.995	4.051	6.046

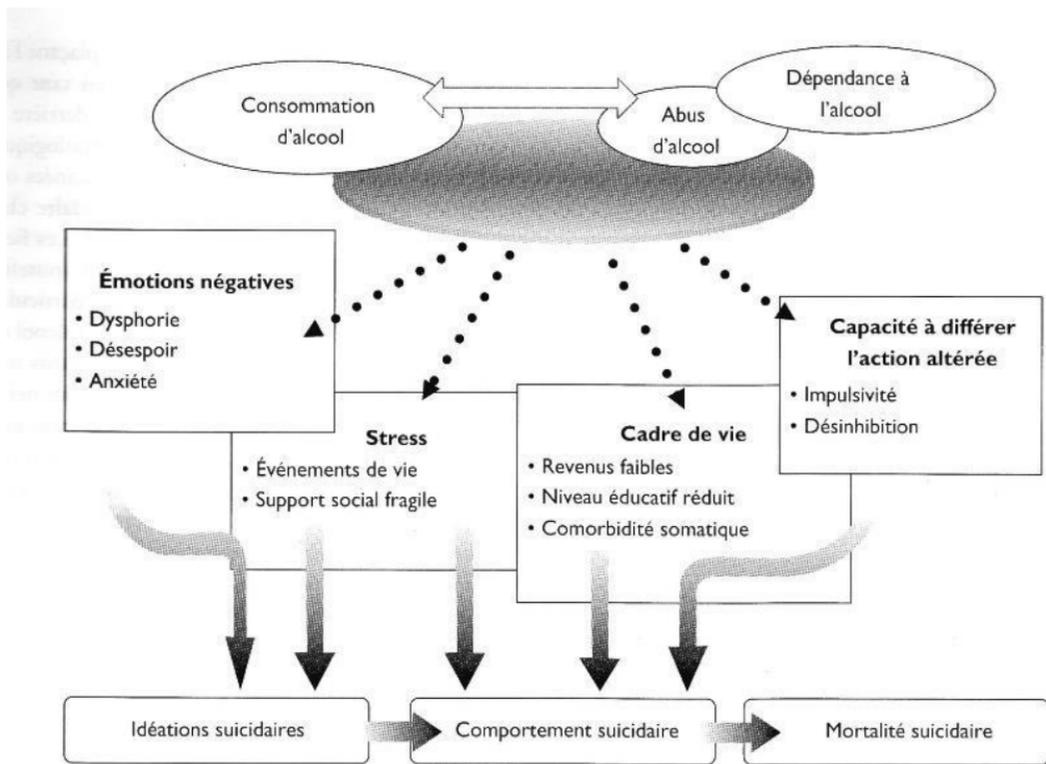
Les troubles mentaux coutent chers. Ces chiffres sont présentés en milliards de dollars US.

Il ne cesseront d'augmenter dans les années à venir.

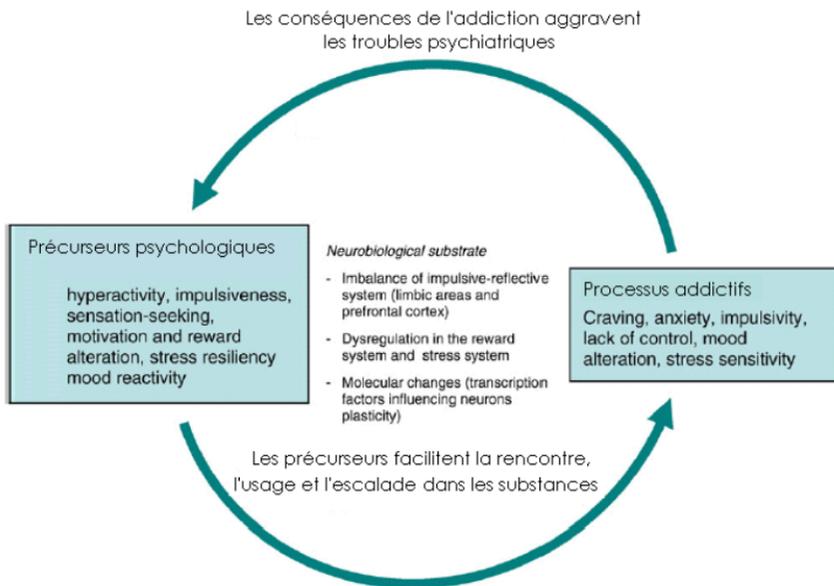
De nombreux patients ne sont pas pris en charge par rapport à leur maladie.

Modèle d'interaction troubles psychiatriques et addictions

Facteurs psychosociaux, consommation et troubles liés à la consommation d'alcool



Modèle des liens addictions-troubles psychiatriques



Addiction comme le produit de l'interaction entre les précurseurs psychologiques et les processus addictifs.

La réponse addictologique

Un peu d'histoire 1970 - 2000

- La lutte contre « les fléaux sociaux » : l'alcoolisme et la toxicomanie
- La loi du 31 décembre 1970: loi Mazeaud
 - Réponse pénale
 - Réponse médicale
- Circulaire du 14 mars 1972 : organisation des soins pour des maladies mentales, de l'alcoolisme et des toxicomanies et la mise en place de dispositif médico-sociaux
- La MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie) : Créée en 1982 (l'actuelle MILDECA)

Un peu d'histoire 2000 - 2007

- Notion d'addiction
 - Recentrer le problème sur la pathologie du consommateur
 - Non plus simplement sur la lutte contre des produits
- L'addictologie reconnue comme une spécialité scientifique et médicale
- Priorité du Président Jacques Chirac en 2006
 - Mise en place « d'un plan addictions »

L'histoire actuelle 2007 - 2012

- À partir de 2007, les addictions n'ont plus été une priorité présidentielle
- MILDT recentrée sur « la guerre à la drogue »
 - Priorité aux actions répressives concernant les produits illicites
 - Prévention lacunaire et peu efficace, fragmentée, focalisée sur l'information et sur les produits...

Et à partir de 2012

- Il n'est plus possible de conserver en 2012 la vision idéologique clivée entre le « bon » et le « mauvais »
- Faire cesser la « guerre à la drogue »
- La lutte du « bien » contre le « mal » doit laisser la place à une **évaluation objective des bénéfices et des dommages, individuels et sociaux, des consommations**
- **Application pragmatique des stratégies de prévention et de soins dont l'efficacité est scientifiquement prouvée**
- Rapport réduction des dommages
- Plan gouvernemental 2013-2017
- La MILDT devient la MILDECA

Les grands enjeux

- Les réponses à un problème sociétal complexe ne peuvent être que multiples, se renforçant les unes les autres.
- Il ne peut pas y avoir de réponse politique et législative simple et univoque.
- Santé publique et sécurité publique ne doivent pas s'opposer.
- L'objectif prioritaire est de réduire les dommages induits.
- La prévention doit avoir une place centrale.
- Les mesures prises doivent être basées sur un rationnel objectif et des preuves scientifiques.

=> Un large débat politique et sociétal est nécessaire.

Addictologie de premier recours

- **L'ensemble des médecins généralistes**

- Repérage des troubles et premiers démarches de soins
- Coordination des intervenants
- Suivi au long cours
- Question de rémunération pour les actes longs (TCC, EM)
- Formation à l'addictologie

- **Des médecins généralistes orientés vers l'addictologie**

Favoriser la prise en charge en ville des addictions (réseaux, rémunération)

- **Impliquer des maisons de santé et pôles pluridisciplinaires**

- **Associer les autres professionnels de santé**

- Pharmaciens
- IDE...

Les soins spécialisés en ambulatoire

- Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- Composés d'équipes pluridisciplinaires: psychologues, infirmières, médecins, travailleurs sociaux
- Ciblant les soins et les changements de comportement face aux substances:
 - Traitement substitutif
 - Traitements dans le maintien de l'abstinence
 - Psychothérapies: TCC, entretiens motivationnels
 - Orientations thérapeutiques: sevrage en milieu protégé, consolidation du sevrage
- Contrat de comportement face aux substances

Addictologie Hospitalière: Niveau 1

Niveau 1 (proximité) :

- Les équipes de liaison : tous les hôpitaux disposant d'un SAU doivent bénéficier d'une ELSA.
- Faciliter la réalisation des sevrages simples dans les services non spécialisés.
- Améliorer la culture addictologique des équipes médicales et non médicales.

Addictologie Hospitalière: Niveau 2

Niveau 2 (recours) :

- Structures assurant les sevrages simples (une substance, sans comorbidité grave)
- Assurer les suivis en ambulatoire
- Suivis pour consolider les sevrages (projet à moyen terme):

HDJA : Hôpital de jour en addictologie.

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

- Consolidation de l'abstinence sur le moyen terme
- Désinsertion du milieu habituel
- Élaboration de projet thérapeutique pour la suite
- Psychoéducation
- Psychothérapie
- Préparation à une vie sans substances
- Prise en charge des complications somatiques et/ou psychiatriques spécifiques

Addictologie Hospitalière: Niveau 3

Niveau 3 (expertise régionale) :

- dans chaque région (50 % actuellement, activité variable)
- inciter les CHU à développer ces structures dans leur projet d'établissement
- flécher des postes universitaires (PU, MCU et CCA) dans toutes les facultés de médecine.
- Missions:
 - Les sevrages complexes
 - Evaluation et prise en charge des patients complexes, multimorbides
 - Elaboration d'un projet thérapeutique, multidisciplinaire sur le court, moyen et long terme
 - Coordonner les actions entre les différentes structures référents des patients
 - Suivi au long cours des patients complexes

Coordination entre l'addictologie et la psychiatrie

- Définir les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie.
- Planification régionale de ces articulations.
- Créer une ELSA (niveau I) dans tous les établissements psychiatriques.
- Créer ou consolider des lits d'addictologie de niveau II (comorbidités psychiatriques). Place des intersecteurs d'addictologie.
- Certains intersecteurs d'addictologie : possible structure de niveau III.

Organisation des soins en psychiatrie

- Circulaire du 15 mars 1960 définit le dispositif et organisation de soins psychiatriques.
- Le dispositif consiste à diviser le département en secteurs géographiques.
- Une même équipe médico-sociale doit assurer pour tous les malades du secteur la continuité des soins: dépistage, suivi ambulatoire, l'hospitalisation et l'après cure.

Les plans psychiatrie et santé mentale

- Plan de santé mentale de novembre 2001: « l'usager au centre d'un dispositif à rénover »
- Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008
- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Les plans psychiatrie et santé mentale

- L'ensemble des plans ont pour mission de mieux intégrer la psychiatrie dans les soins courants
- Propositions de relocaliser les structures psychiatriques dans les locaux des hôpitaux somatiques
- Développer des liens avec des intervenants des soins somatiques (médecins généralistes)
- Développer les réseaux et les partenariats avec l'ensemble des acteurs dans le domaine de la santé

Les plans psychiatrie et santé mentale

- Ce n'est que lors du dernier plan que la question spécifique de l'addictologie est adressée
- Dans le cadre des soins au profit de certains problèmes de santé, l'objectif est d'améliorer la lutte contre les addictions en faisant collaborer les services d'addictologie et de psychiatrie

— Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 —

- A nouveau, l'objectif est de réduire les risques et dommages liés aux addictions dans les établissements et services psychiatriques
- Une première évaluation du travail d'accompagnement et de réduction des risques dans les CAARUD a été effectuée
- Une évaluation est en cours dans les CSAPA
- Troisième volet sera dans les services sociaux et médico-sociaux

Propositions de soins intégrés

- Intégration des programmes
 - La prise en charge et la dispensation des différents traitements se font par une même équipe, pluridisciplinaire
 - Système souple, laissant place aux soins séquentiels ou simultanés
- Intégration des systèmes
 - Les traitements psychiatriques, addictologiques, voire somatiques sont assurés par des équipes dans différents services
 - Nécessite un dispositif de coordination entre les équipes
 - Chaque équipe met son expertise au service du patient

Les recherches futures

- Épidémiologie de la Pathologie Duelle
- Mécanismes étiopathogéniques
- Nouveaux référentiels cliniques
- Description de l'évolution clinique de la Pathologie Duelle
- Élaboration et analyse de l'efficacité de nouvelles stratégies thérapeutiques
- Analyse des coûts des soins en Pathologie Duelle

Conclusions

- La pathologie duelle est la règle et non l'exception des patients en addictologie et en psychiatrie
- Elle nous oblige à revoir non seulement notre manière de diagnostiquer les patients mais également de les prendre en charge
- Il est nécessaire de revoir notre système de soins et la coordination entre les équipes
- Des recherches doivent continuer pour mieux comprendre les pathologies duelles, améliorer les soins et valider les nouveaux traitements