

Strasbourg, 18 janvier 2017

**SOIREE D'INFORMATION
SUR LA SANTE DES POPULATIONS
EN SITUATION DE PRECARITE EN
ALSACE**

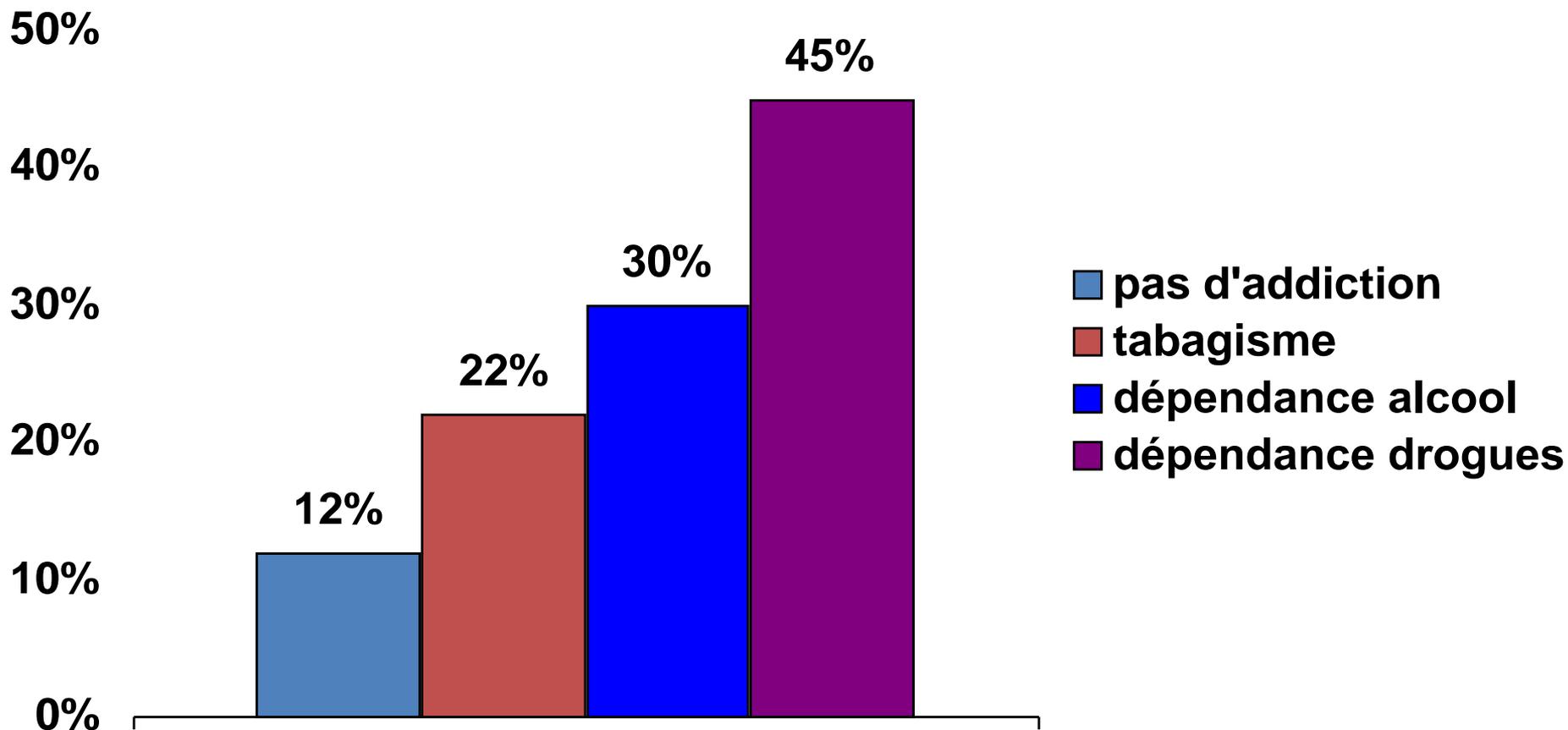
Psychiatrie, addictions et précarité

Dr Laurent MICHEL
Centre Pierre Nicole, Paris

Comorbidité psychiatrique

population générale

Farrell et al (2001) Br J Psychiatry



La comorbidité : facteur de précarité

- Différents environnements d'exercice (psychiatrie générale, prison, addictologie hospitalière, pratique libérale, CSAPA) = une fraction de population partagée
- Conduites addictives + troubles psychiatriques + précarité
 - Psychiatrie générale : patients inadaptés ?
 - Pratique libérale : temps, ressources ?
 - Microstructures ?
 - Prison : accéder aux soins ? Continuité des soins?
 - Addictologie hospitalière : adaptation progressive pour pouvoir les accueillir
 - CSAPA : le plus adapté si psychiatres ?

La comorbidité : facteur de précarité

- La comorbidité est associée
 - À une sévérité des troubles mentaux plus marquée
 - À une persistance des troubles mentaux et addictifs
- L'addiction aggrave le pronostic psy et le trouble psy le pronostic addicto : influence réciproque
 - Pour les SDF, la comorbidité augmente le risque de retourner à la rue même si un hébergement est retrouvé

Comorbidité

- La plupart des cas de comorbidité sont dus à l'association entre un trouble mental primaire et une **dépendance secondaire**
- Les personnes atteintes de comorbidités sont **plus susceptibles de demander et recevoir un traitement** que celles qui ne souffrent que d'un seul
- Les personnes souffrant le plus de comorbidités sont celles vivant **en institution** (psychiatrie, prison +++)
- Les plus hauts taux de comorbidités concernent la **dépendance** plus que l'abus dans un sens, les **syndromes maniaques** dans l'autre ou la **schizophrénie** et les **troubles bipolaires**.

Association

- Vulnérabilité partagée : tabac + dépression
 - études de jumeaux (*Kendler 1993*)
- Facilitation troubles psychiatriques (*Schuckit 2006*):
 - cannabis et schizophrénie (*Zammit, 2002*)
 - Stimulants et troubles psychotiques
 - Différentes substances et troubles de l'humeur, en particulier dépression
- Association trouble et produit (*Ringen, 2008*) :
 - troubles bipolaires : plutôt alcool
 - Trouble schizophrénique : plutôt stimulants
 - Usage isolé de cannabis plus fréquent chez les bipolaires

Conséquences

- Troubles bipolaires et usage de substances (Swann 2010)
 - Évolution plus sévère du TB
 - Début plus précoce du TB
 - Épisodes plus fréquents
 - Plus de problème légaux, de suicide (alcool, drogues)
 - Complications plus fréquentes (anxiété, agressivité...)

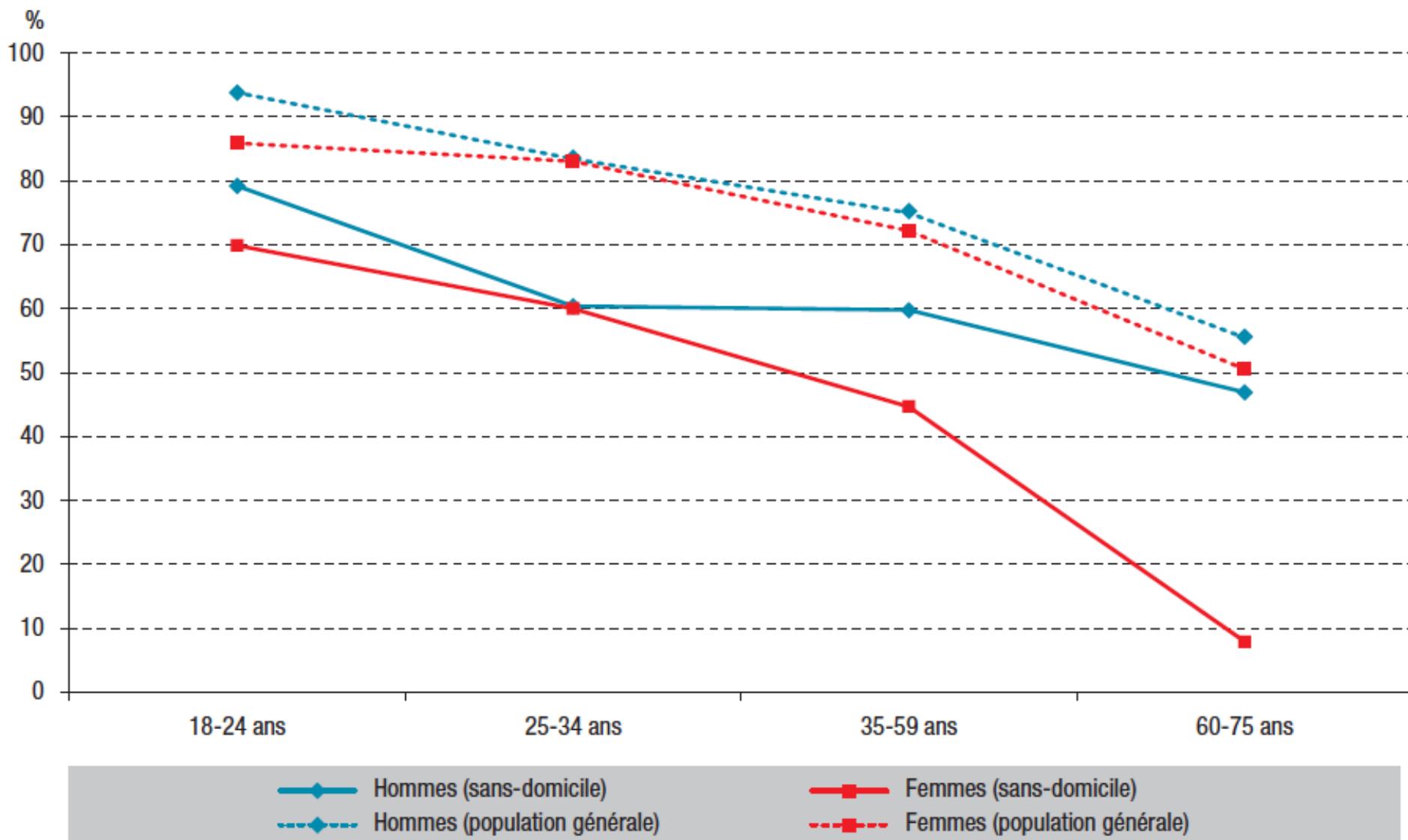
Conséquences

- Violence :
 - Stigmatisation majeure des patients psychiatriques
 - La plus grande majorité de « l'excès » de violence des schizophrènes et bipolaires comparativement à la population générale est liée aux toxiques
 - Bipolaires comparables à la population générale après contrôle pour les antécédents de violence au niveau familial
 - ➔ La violence favorise l'exclusion, la précarisation, l'incarcération

Précarité

- 81 000 personnes SDF en France en 2012 (Insee)
- Environ 2000 décès par an parmi eux
- 1/10 n'a pas de protection sociale, 1/4 n'a pas de complémentaire santé

Part des individus qui se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé parmi la population des personnes adultes sans domicile comparée à la population générale, selon le sexe et le groupe d'âge. France, 2012



Lecture : 70 % des femmes sans domicile âgées de 18 à 24 ans se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé.

Source : Ined, Insee, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas 2012. Irdes, Enquête santé et protection sociale, 2012.

Champ : Population âgée de 18 ans à 75 ans. France métropolitaine.

BEH 36-37, novembre 2015

Enquête Samenta 2009

- Population Ile de France (structures d'accueil pour SDF ou personnes vivant en structures non prévues pour habitation)
 - Estimé : 28 876 personnes 1 semaine donnée dont 7 700 non francophones
 - Stratégie d'échantillonnage avec plan de sondage à 3 degrés
 - 840 entretiens effectués
 - Troubles psychiatriques : MINI + évaluation clinique

Enquête Samenta 2009

- 31.5% (6 667) de la population estimée présente au moins un trouble sévère (psychotique, sévères de l'humeur, anxieux)
- 13.2% de troubles psychotiques (8.4% de schizophrène)
 - 8 à 10 fois > à la population générale
- 6.5% de troubles sévères de l'humeur (4.5% de troubles dépressifs majeurs)
 - 2 fois plus qu'en population générale
- 12.2% de troubles anxieux (PTSD 4.2%, TAG 4%)
 - TAG comparable population générale vie entière mis plus fréquent chez les femmes
 - PTSD surtout chez ceux nés à l'étranger

Enquête Samenta 2009

- 21% dépendants à l'alcool
- 17.5% dépendants aux drogues illicites
 - Nettement > à population générale
 - Alcool surtout chez hommes
 - Mais aussi beaucoup plus de personnes n'ayant jamais consommé d'alcool qu'en population générale (17.6% vs. 8.4%) = attention aux représentations

Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions pour l'ensemble de la population sans logement et par type de lieux de rencontre en région Île-de-France. Enquête Samenta, 2009

	Total (n=840)	Centres d'hébergement et d'accueil à bas seuil (n=420)	Centres d'hébergement sur le long terme (n=224)	Hôtels sociaux (n=196)	
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	p
Troubles psychiatriques sévères	31,5 [25,4-38,3]	34,1 [25,6-43,9]	26,5 [16,7-39,4]	35,2 [24,8-47,3]	0,43
Troubles psychotiques	13,2 [8,6-19,8]	18,7 [12,1-27,7]	8,4 [2,8-23,0]	5,9 [1,7-18,3]	0,12
Troubles sévères de l'humeur	6,7 [3,8-12,2]	5,2 [3,0-9,0]	9,5 [3,5-23,5]	4,5 [2,2-9,3]	0,30
Troubles anxieux	12,3 [8,7-17,0]	11,0 [6,0-19,4]	9,4 [5,0-16,8]	24,8 [15,6-37,0]	<0,05
Troubles non sévères de l'humeur	15,8 [8,9-26,3]	11,0 [4,4-25,3]	19,5 [6,9-44,2]	23,3 [14,4-35,5]	0,40
Au moins une addiction	28,6 [21,7-36,6]	33,8 [25,7-42,8]	29,1 [15,5-47,7]	7,9 [3,1-18,5]	0,07
Dépendance à l'alcool	21,0 [15,8-27,4]	26,7 [19,5-35,5]	18,9 [10,5-31,6]	5,5 [1,5-18,2]	<0,05
Consommation régulière de cannabis	16,1 [11,4-22,3]	21,4 [14,1-31,0]	13,8 [7,2-24,8]	2,6 [0,9-7,3]	<0,05

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 1 : Prévalences des troubles psychiatriques, du comportement et des addictions dans différentes études en population générale, sans domicile et personnes incarcérées dans les douze mois (en %)

	Études						
	ESEMeD (2000) [Lépine <i>et al.</i> 2005]	Anadep (2005)	Baromètre Santé (2005)	Kovess et Mangin-Lazarus (1996)	Samenta (2009)	Fazel (2009)	Falissard (2004)
Type de population	Pop. générale	Pop. générale	Pop. générale	Pop. SDF	Pop. SDF	Pop. SDF	Pop. incarcérée
Taille de l'échantillon	2 894	6 498	16 883	715	840	5 684	800
Lieu	France	France	France	Paris	Île-de-France	Monde	France
Outils utilisés	CIDI*	CIDI-S*	CIDI-S*	CIDI-S*	MINI	Méta-analyse	MINI
Troubles psychotiques				16,0**	13,2	12,7	17
Troubles dépressifs majeurs	6,7	5	3,2	23,7	20,3	11,4	24
Anxiété généralisée	9,8	5,1			4		17,7
Troubles dépressifs moyens et légers			4,2 0,4		6 7,9		
Troubles de la personnalité					21,1	23,1	
Dépendance à l'alcool	0,3	10,3	8,5	14,9	21	37,9	11,7
Consommation de drogues				10,3	17,5	24,4	14,6
Consommation régulière de cannabis			2,7		16		

* Composite International Diagnostic Interview (Short). ** Sur la vie (5,8% sur 6 mois).

Enquête Samenta 2009

- La présence d'un trouble psychiatrique sévère est associée à un hébergement dans une structure précaire, moins associée à la réinsertion
- Situation des personnes présentant des troubles psychotiques particulièrement préoccupante : structures les plus bas seuil
 - Préférence (faibles contraintes)?
 - Exclusion des autres dispositifs ?
 - Difficulté à franchir les portes des dispositifs de réinsertion et à y rester
 - ➔ Processus d'exclusion associé aux troubles psy même chez les précaires

Conséquences

- Thérapeutiques
 - Résistance au traitement, moins bonne observance
 - Hospitalisations plus fréquentes
 - Quantité consommée positivement corrélée à l'intensité des symptômes (positifs et négatifs) chez le patient schizophrène (*Ringen 2008*)
 - Mais pas chez le bipolaire
 - Pratiques à risques (VIH, VHC) plus fréquentes

Ressources thérapeutiques?

- Cycle motivationnel de Prochaska-Di Clemente

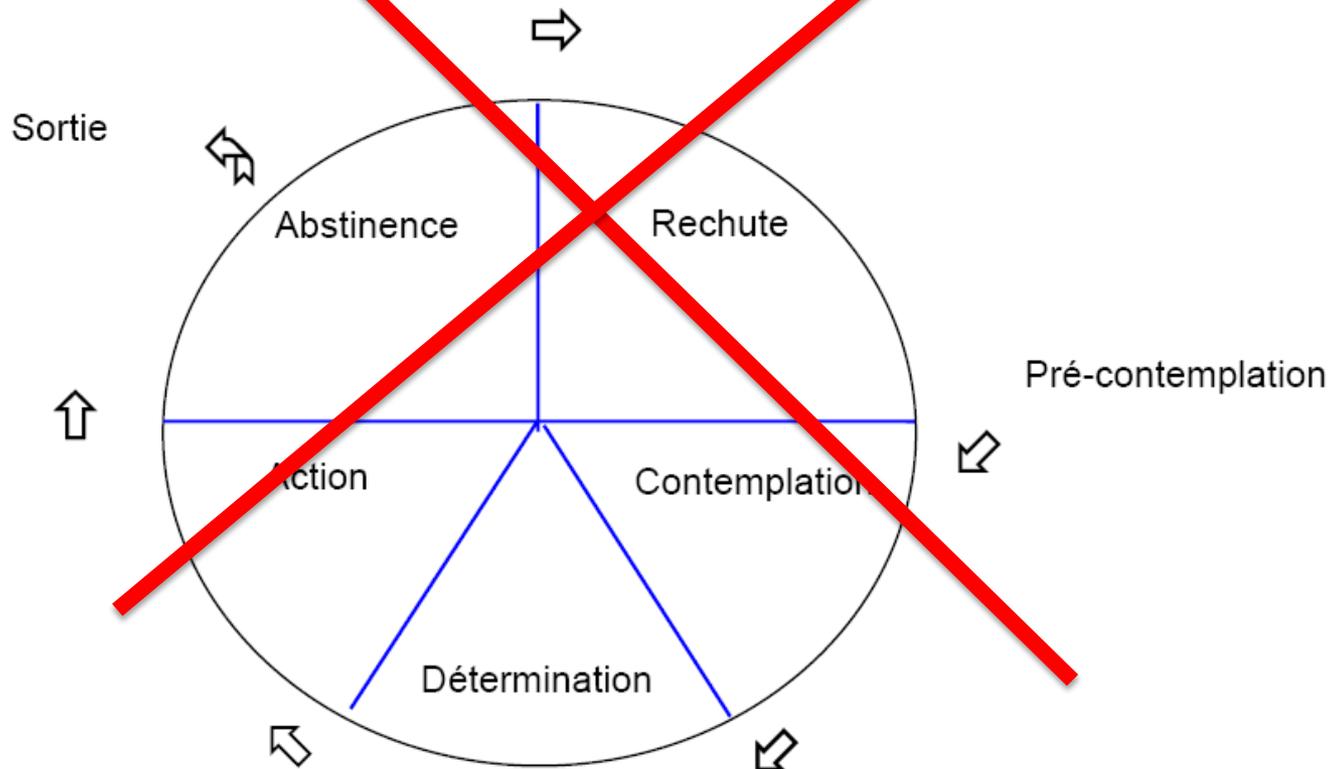


Figure 3 : Schéma de Prochaska - Di Clemente

Prise en charge : comorbidité

- Traitement intégré ?
 - Quelle définition en France ?
 - Quelles structures ?
 - Quels traitements ?
 - Traitements séquentiels ou simultanés ?
 - Quel suivi ?
 - Quel prise en charge sociale ?

Prise en charge

- Prise en charge globale, bien sûr
- Antipsychotiques atypiques à privilégier
 - Dispositif favorisant l'observance
- Suivi social attentif
- Solution d'hébergement
 - Un chez soi d'abord
- Adaptation des stratégies d'accompagnement au maintien de l'abstinence ou de la consommation contrôlée