FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

Cn2r
Centre national de ressources et de résilience

Centre Régional Psychotraumatisme
Sud Aquitaine

COMITÉ D'ÉTUDE ET D'INFORMATION SUR LA DROGUE ET LES ADDICTIONS

ISPED SCHOOL OF PUBLIC HEALTH / université de BORDEAUX

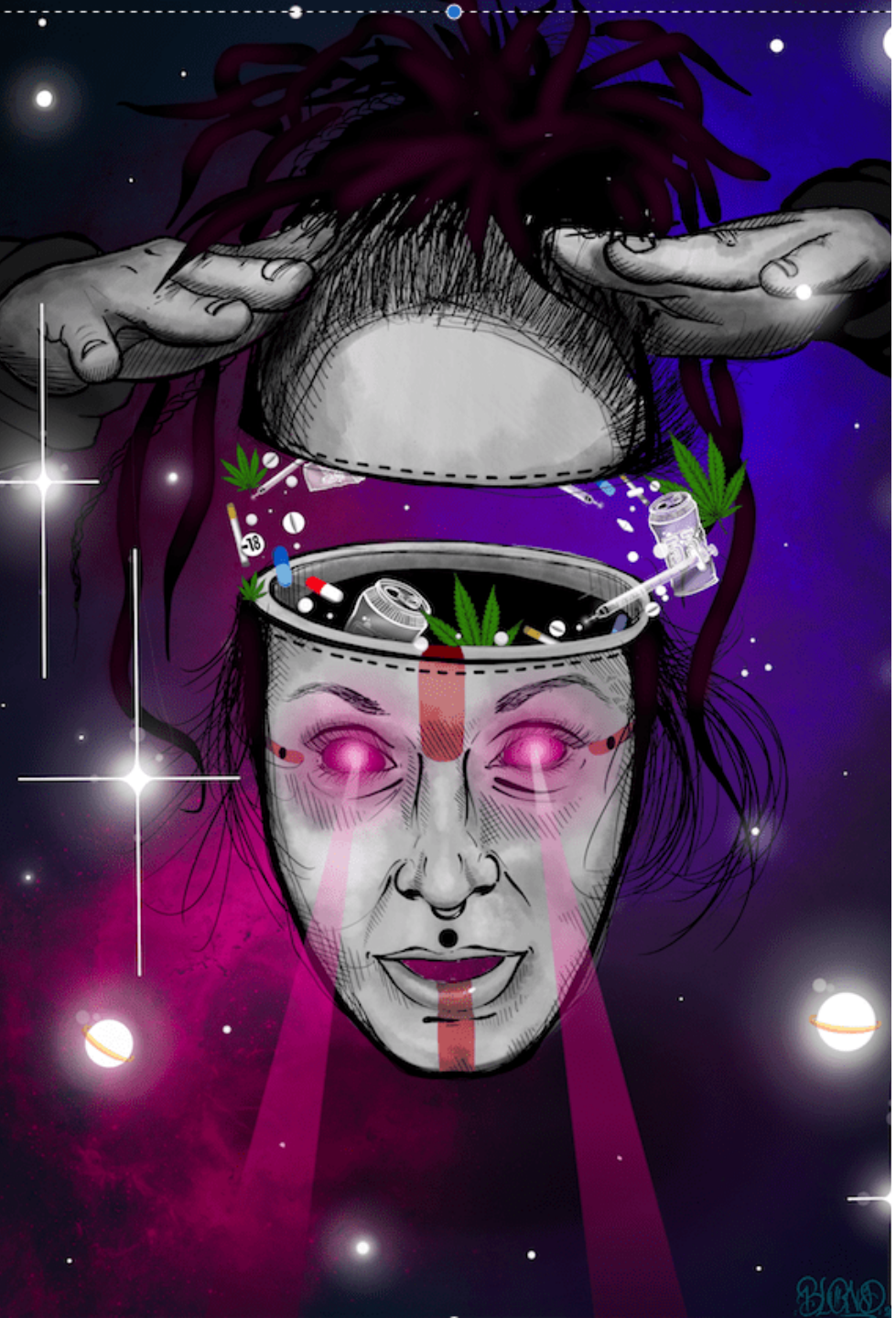
Addictions, troubles psychiatriques et psychotrauma

Jean-Michel Delile

Psychiatre, CEID-Bordeaux
Président de la Fédération Addiction
Président de l'ISPED

Addictions et troubles psychiatriques

La question des pathologies duelles



Pathologies duelles

- Importantes corrélations
- Intoxication : modèle addictologique (cannabis/psychose)
- Auto-médication : modèle psychiatrique (PTSD/addiction)
- Interactions mutuellement péjoratives
- Pathologies duelles : modèle biopsychosocial
- Causalités communes : « *syndemics* » (PTSD et addictions)
- Nécessité d’actions combinées, intégrées

L’addiction

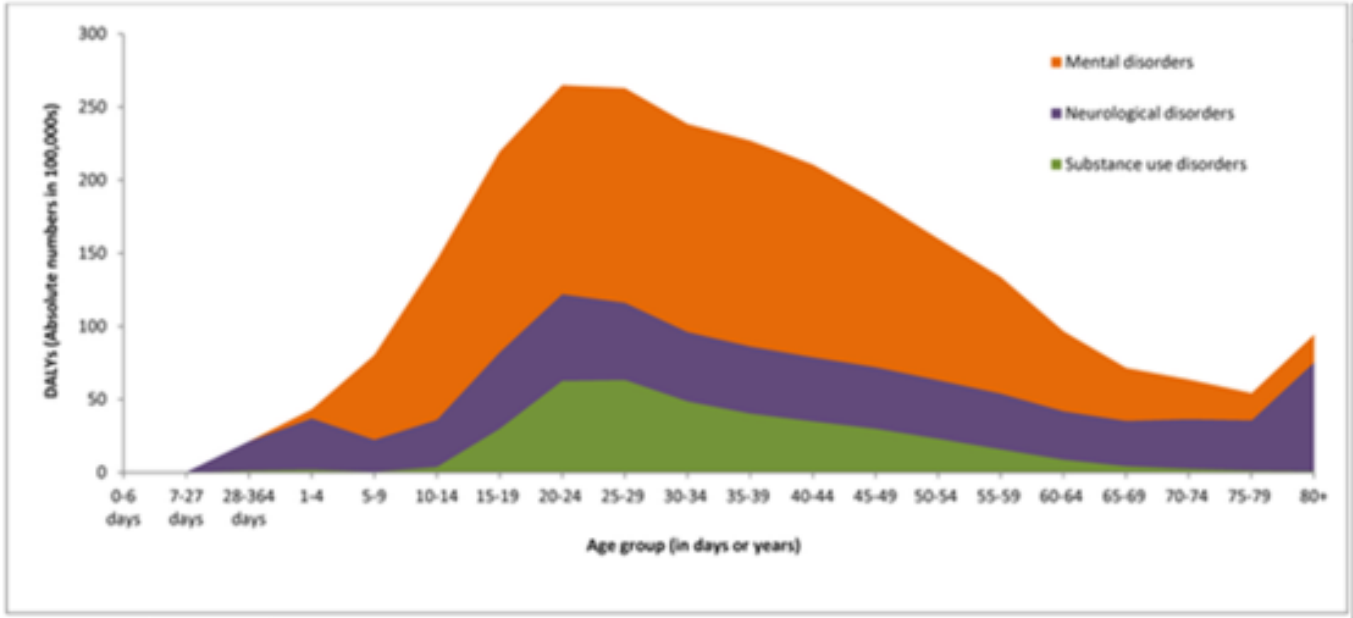
Un bref rappel

Lien étroit avec le stress chronique (et le trauma)

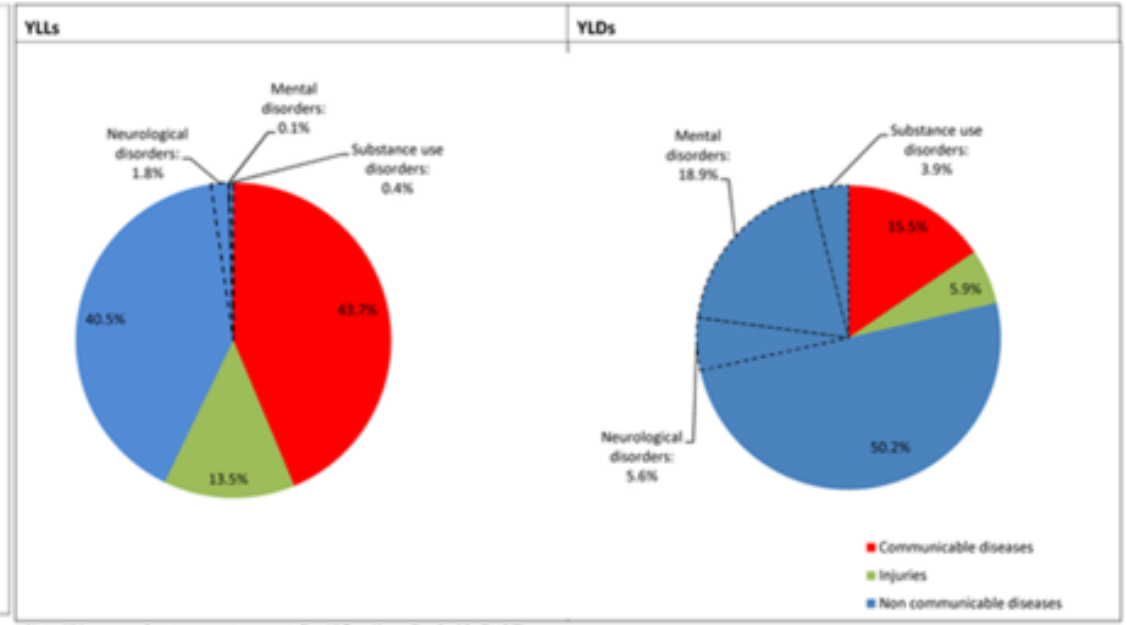
Absolute DALYs Attributable to Mental, Neurological, and Substance Use Disorders, by Age, 2010.

DALYs = Années de vie ajustées sur l'incapacité (mortalité précoce, maladie, handicap)

Les troubles mentaux et addictifs : première cause de handicap au monde !



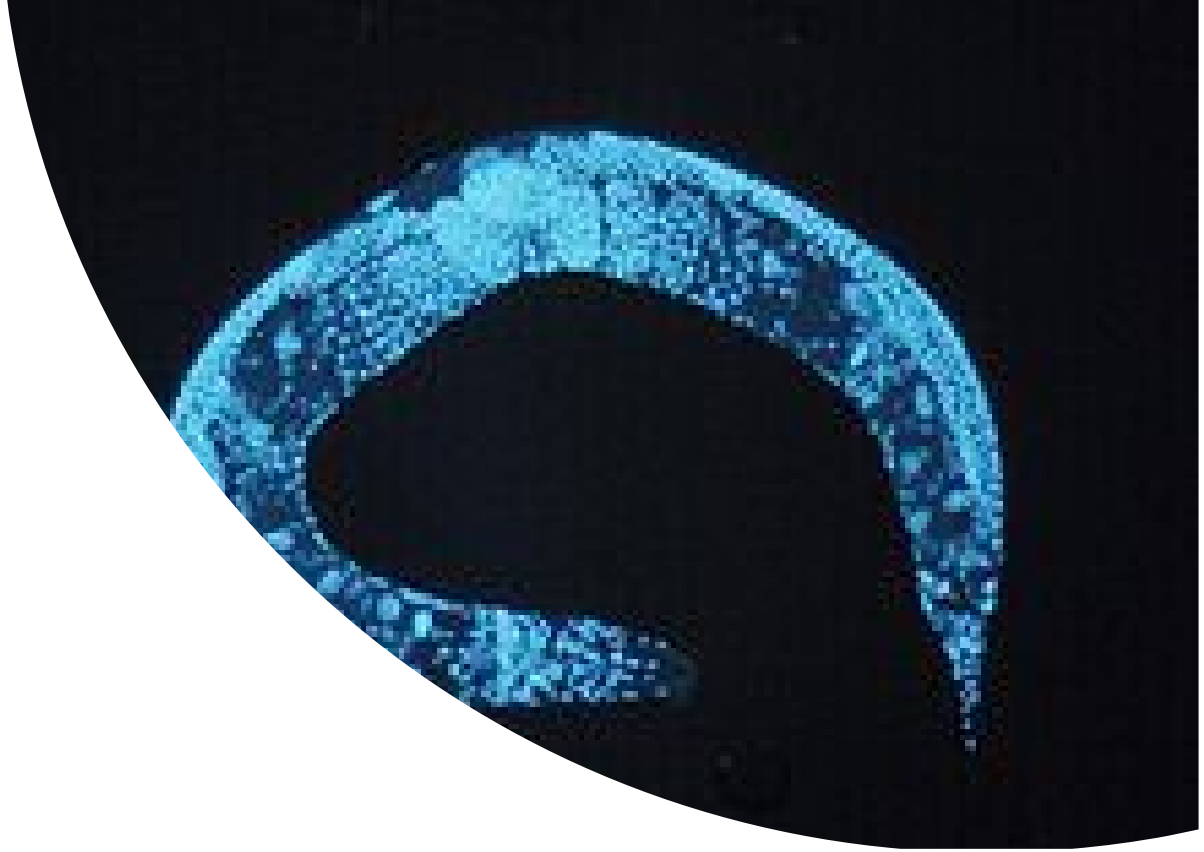
Note: DALYs = disability-adjusted life years.



Note: YLLs = years lost to premature mortality; YLDs = Years lived with disability

Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T (2015) *The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010*. PLOS ONE 10(2): e0116820. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820
https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0116820

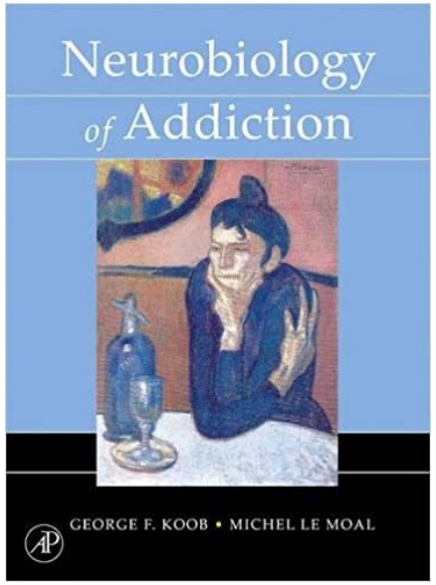
- Les nématodes (e.g., *Caenorhabditis elegans*) possèdent un des systèmes nerveux les plus simples mais même chez eux la dopamine module l'expression des comportements de recherche de nourriture. Le *C. elegans* possède des neurones dopaminergiques sensorimoteurs qui relâchent de la dopamine en présence de nutriments bactériens.
- Cette libération de dopamine réduit sa vitesse de déplacement et augmente ses comportements de rotation.
- Ces réponses à la nourriture sont plus importantes chez les vers affamés que chez les bien nourris.
- Ces changements dans le comportement locomoteur en réponse à la nourriture sont une forme très simple de comportement de recherche de récompense. Les effets de la dopamine sur la locomotion résultent en un comportement d'exploration d'une zone restreinte qui garantit que l'animal explore et demeure plus longtemps dans une zone riche en nourriture.
- Le résultat de ce changement de comportement moteur est qu'ils ont plus de chances de trouver de la nourriture. Il est frappant de de constater que cette forme élémentaire de "*reward-seeking behavior*" est modulée par la dopamine, neuromédiateur au cœur des processus addictifs.

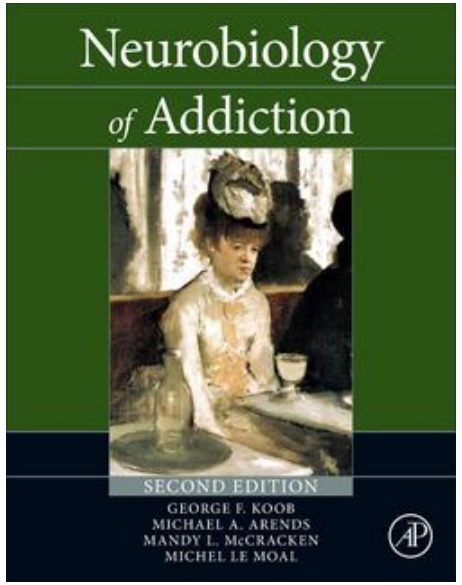


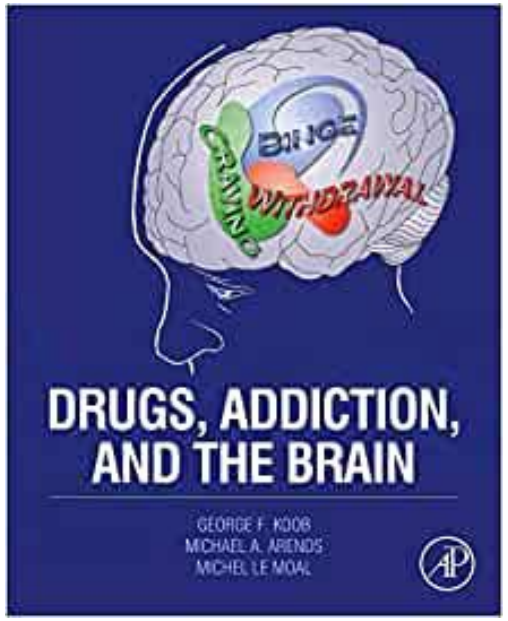
Besoin, désir et récompense chez le *C. elegans*

Du point de vue de la biologie évolutionniste

- Il est donc fondamental, comme le montre l'ancienneté dans la phylogénèse des circuits impliqués, que les besoins vitaux pour l'individu et pour l'espèce (nourriture, boisson, reproduction) soient source de plaisir et donc de souvenir, de désir, d'apprentissage et de recherche (de récompense)
- Les circuits de la récompense
- Du besoin au plaisir
- Du plaisir au besoin : l'addiction
- quand ces circuits sont détournés, usurpés, par une abondance de produits de renforcement, de récompense intense : drogues, nourriture…



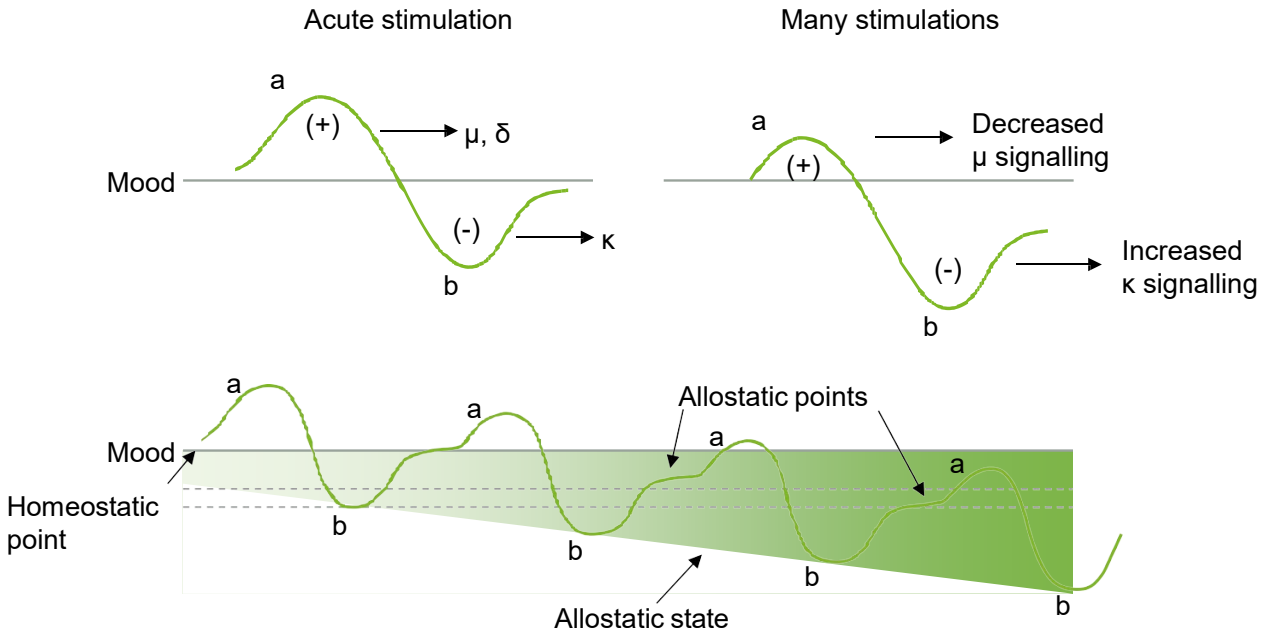




Neurobiologie de l’addiction

- George Koob,
  - Directeur du NIAAA (USA)
- Michel le Moal,
  - Neurocentre Magendie (Bordeaux) Inserm U862
  - Académie des Sciences

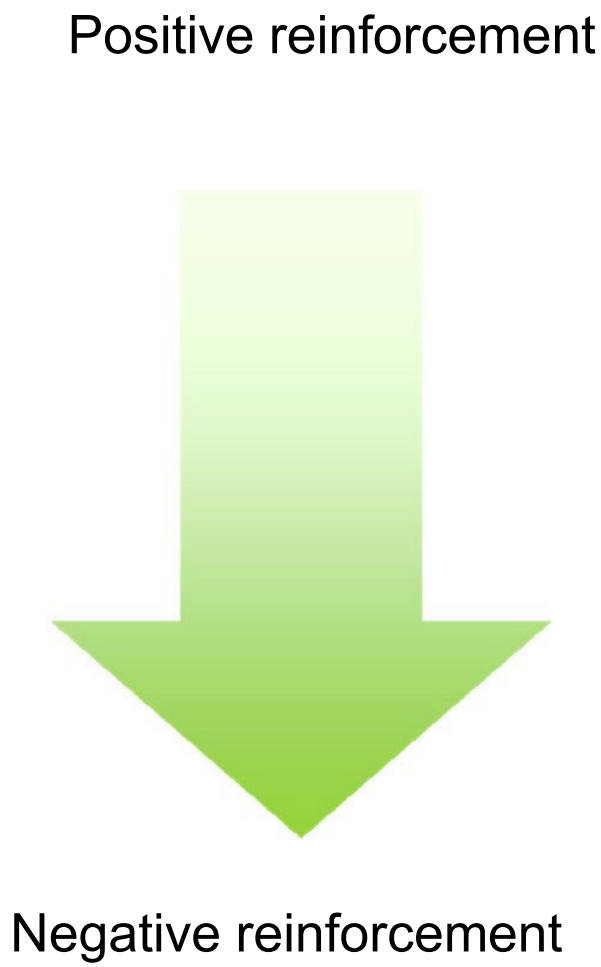
Théorie des processus opposants : du plaisir au besoin



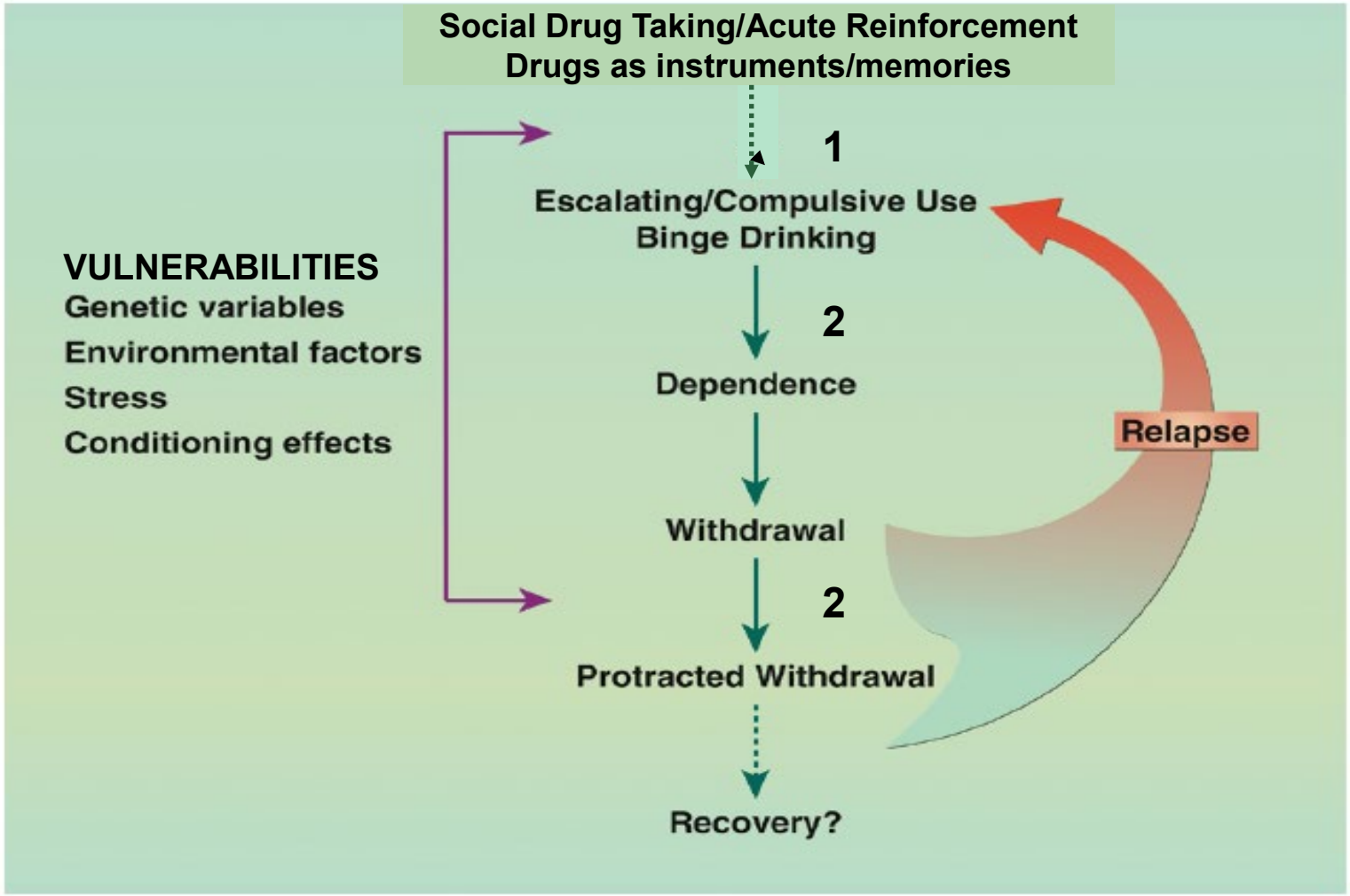
Adapted from Koob & Le Moal. Neuropsychopharmacology 2001;24(2):97–129

Progression to addiction/dependence

- Chronic ethanol abuse results in changes in brain chemistry and morphology that parallel changes in behaviour
- Those changes attempt to compensate for the acute effects of ethanol
- Once alcohol abuse discontinues, the brain reward systems are left in a dysregulated state
- Some of those compensatory changes may drive an organism to consume ethanol in order to remove negative states
- Thus, there appears to be a shift from drinking for the positive reinforcing effects of alcohol to drinking for the negative reinforcing effects of alcohol



DE L'USAGE INSTRUMENTALISÉ DES DROGUES AU PROCESSUS ADDICTIF



Deux étapes indépendantes :

1. **Un usage excessif = impulsivité et non contrôlé des conduites**
2. **Un usage compulsif = vulnérabilité neurobiologique et état affectif négatif**

Koob G.F. and Le Moal M., 2006, Neurobiology of Addiction, 600 p., Academic Press

ADDICTION :
Caractéristiques cliniques et physiopathologiques

UNE MALADIE :

- ***L'étape finale** d'un processus physiopathologique*
- ***Une condition pathologique chronique à rechutes***

Le syndrome commun

1. **Une rupture de l'homéostasie hédonique.**

   L'addiction se développe parallèlement à un état affectif négatif apparaissant quand le stimulus est absent et cette situation aversive produit la rechute.

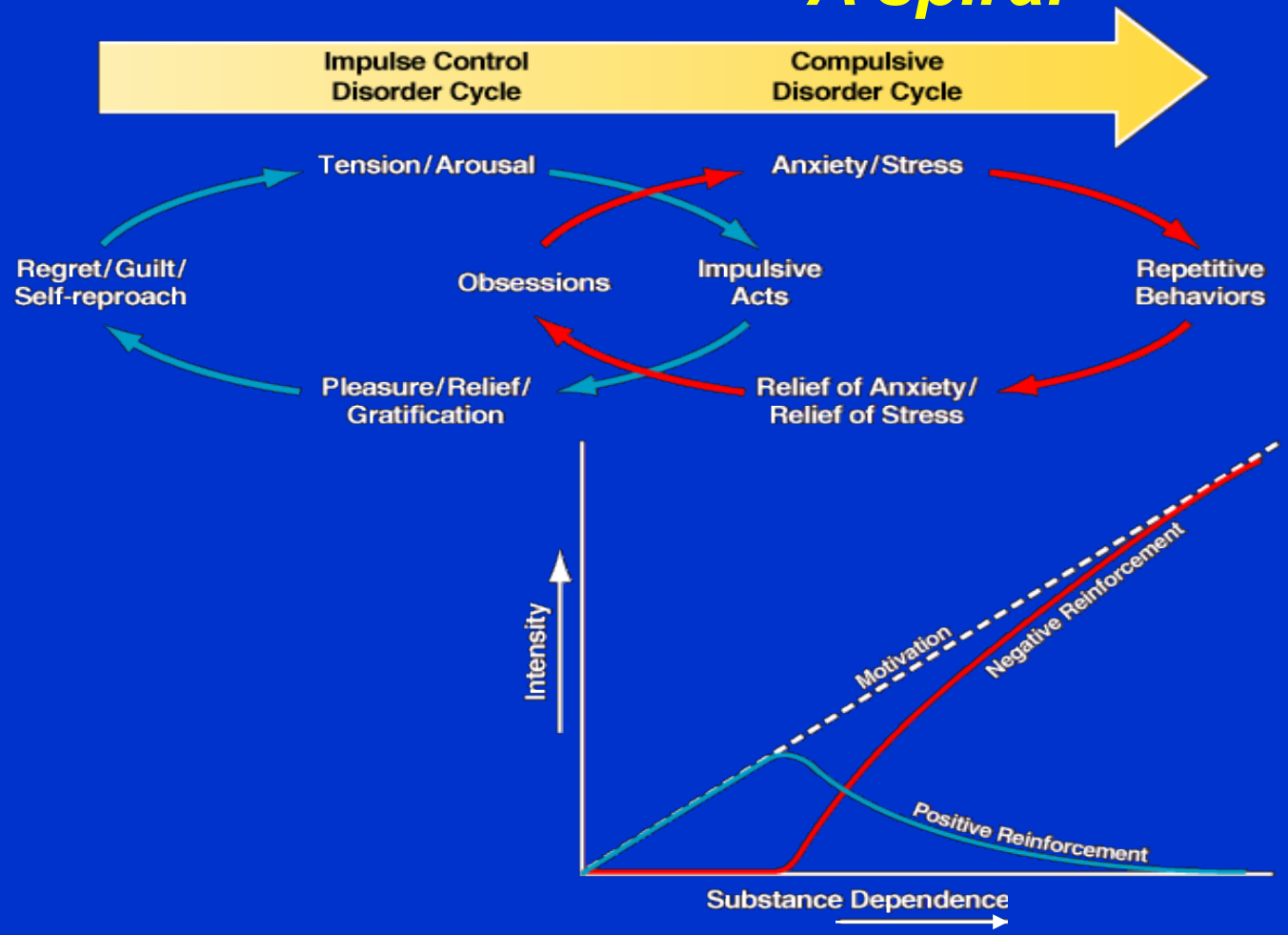
2. **Une incapacité à autoréguler la consommation : perte de contrôle des impulsions.**
3. **L'implication irrésistible d'un usage compulsif.**
4. **Un rétrécissement progressif du répertoire comportemental quotidien et une atteinte des comportements dits fondamentaux de survie de l'individu et de l'espèce. L'activité quotidienne est orientée vers l'obtention des objets d'addiction.**

5. **Un sentiment de douleur, de culpabilité, de condition misérable, de perte de volonté, d'aliénation.**

G.F. Koob and M. Le Moal, « Drug abuse : Hedonic homeostatic dysregulation », Science, 1997, 278, 52-58

ADDICTION :

Evolution of symptoms
A spiral



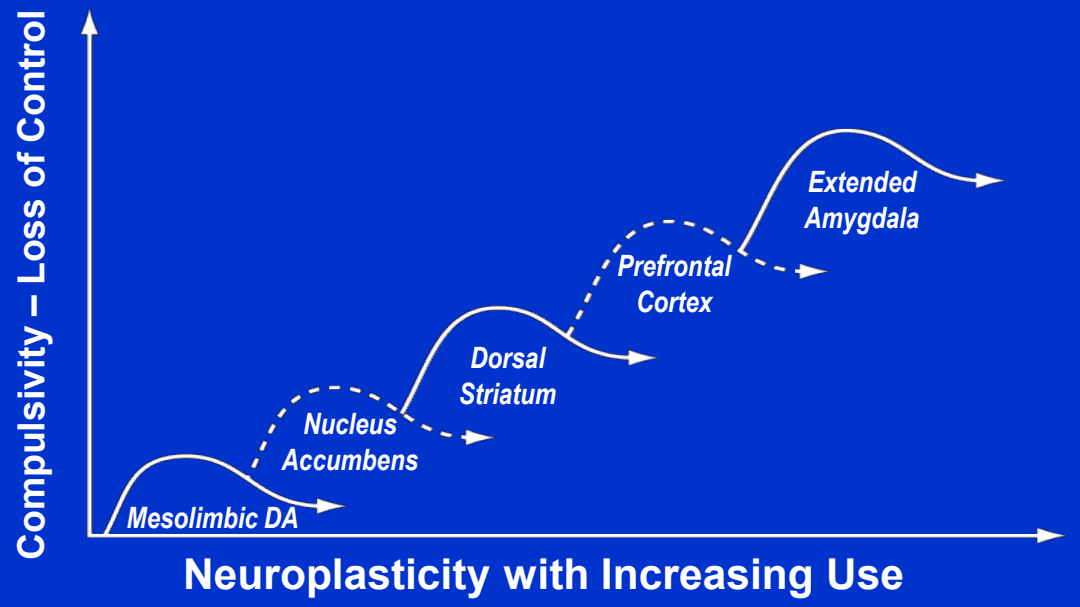
ADDICTION :

Recrutement dans le temps de modules neuronaux spécifiques

Des effets hédoniques positifs aux effets hédoniques négatifs

Accroissement du nombre des structures atteintes

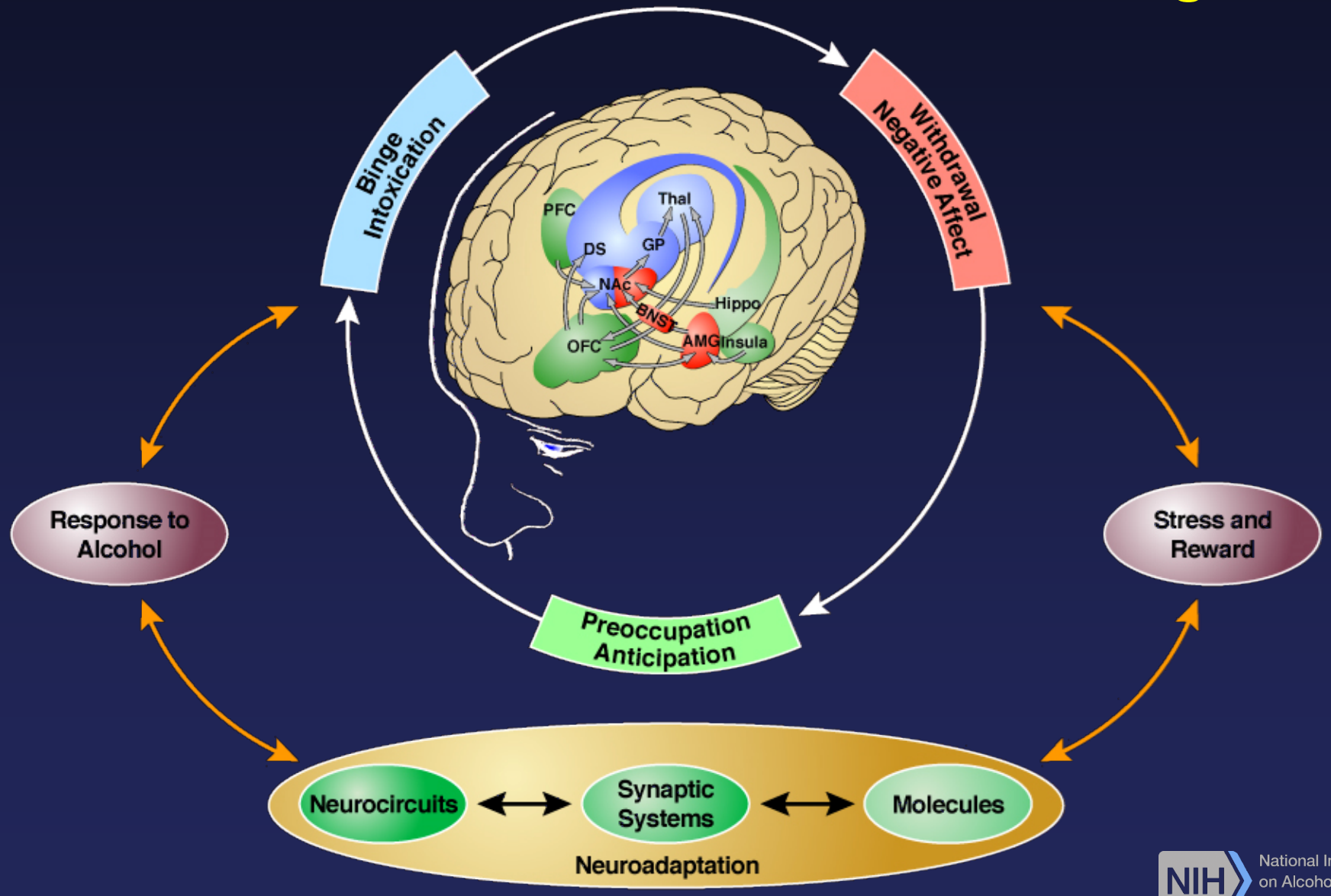
(modules neurobiologiques)



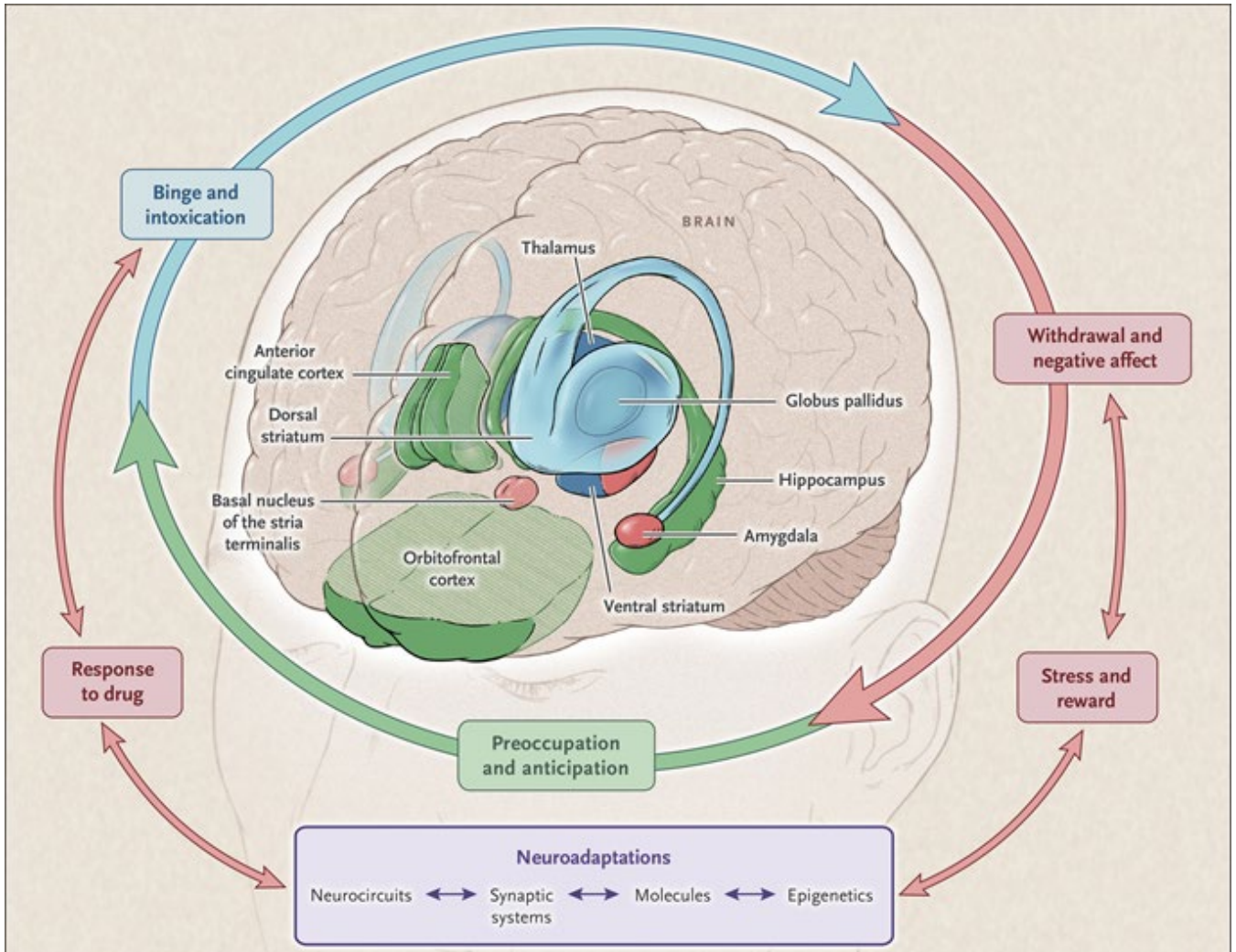
Evolution du processus addictif

L'addiction correspond à l'usurpation pathologique par les drogues des modules neurobiologiques à la base des conduites adaptatives et de survie de l'individu et de l'espèce.

Conceptual Framework for Neurobiological Bases of the Transition to Excessive Drinking



National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism



Stage of Addiction	Shifting Drivers Resulting from Neuroadaptations		
Binge and intoxication	Feeling euphoric	Feeling good	Escaping dysphoria
Withdrawal and negative affect	Feeling reduced energy	Feeling reduced excitement	Feeling depressed, anxious, restless
Preoccupation and anticipation	Looking forward	Desiring drug	Obsessing and planning to get drug

Behavioral Changes		
Voluntary action Abstinence Constrained drug taking	Sometimes taking when not intending Sometimes having trouble stopping Sometimes taking more than intended	**Impulsive action** Relapse Compulsive consumption

Bottom Line

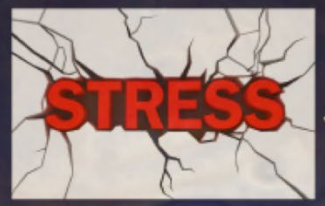
1. Addiction is an incentive salience disorder.

2. Addiction is a reward deficit disorder/ stress surfeit disorder.

3. Addiction is an executive function disorder.

Stress and Reward: The Two Faces of Janus

- Reward and stress resemble the Roman God Janus.
- Janus was the god of doors, passages and transitions and his two faces look to the future and the past.
- Reward and stress represent different components of transitions in our brain emotional systems that lead to and perpetuate addiction.



"Stress is anything which causes an alteration of psychological homeostatic processes"

from: Burchfield SR, Psychosom Med, 1979, 41:661-672.

Reward is defined as a stimulus (drug) that increases the probability of a response, but usually includes a positive hedonic connotation

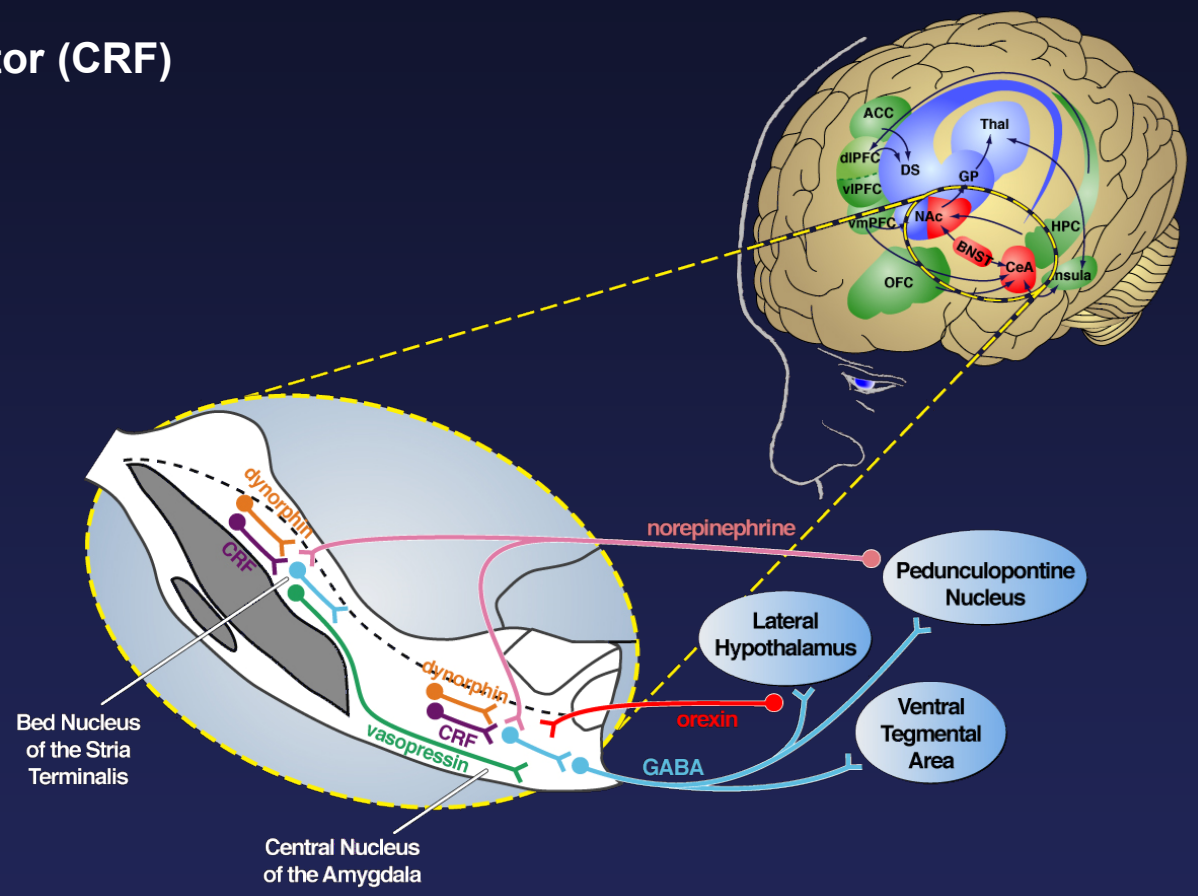
Extended Amygdala: Interface of Stress and Addiction

Stress Neurotransmitters

- ↑ Corticotropin-releasing factor (CRF)
- ↑ Norepinephrine
- ↑ Dynorphin
- ↑ Vasopressin
- ↑ Orexin (hypocretin)
- ↑ Substance P
- ↑ Glucocorticoids
- ↑ Neuroimmune factors

Anti-stress neurotransmitters

- ↓ Neuropeptide Y
- ↓ Nociceptin (orphanin FQ)
- ↓ Endocannabinoids
- ↓ Oxytocin

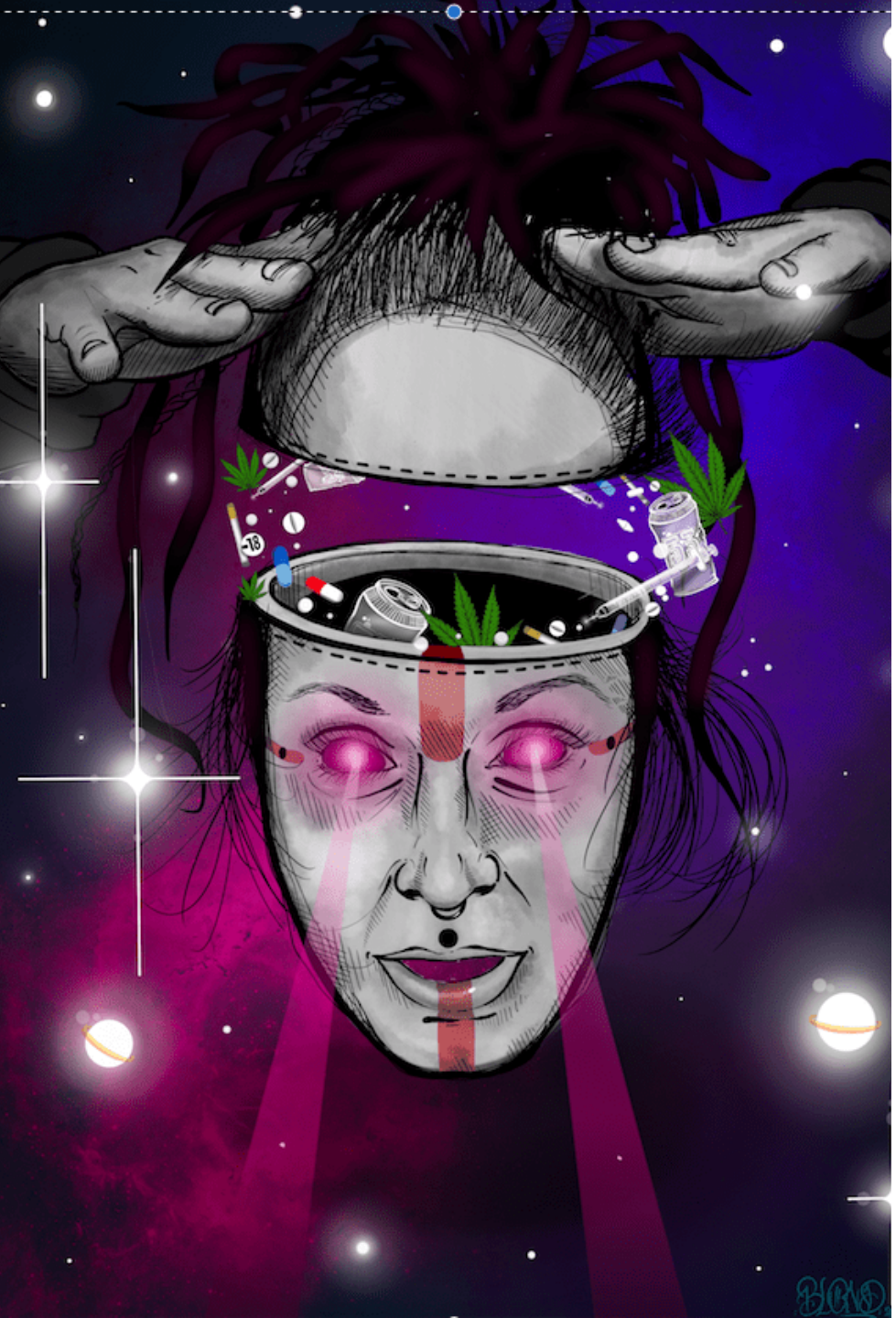


From: Koob, GF 2008 Neuron 59:11-34 and George O, Koob GF. Proc Natl Acad Sci USA, 2013, 110:4165-4166.

Axe HPA (HHS) et la CRH (CRF)

- L'axe HPA est responsable de l'activation de la réponse hormonale au stress via la CRH (*corticotropin releasing hormon*).
- Des taux élevés de CRH sont retrouvés dans le PTSD (surtout en hypervigilance) mais aussi dans les addictions (surtout lors de phases recherche de substances, « manque », syndrome de sevrage, rechutes… mais aussi lors des « *high* »)
- Interaction sevrage/hypervigilance/malaise ; les niveaux élevés de CRH étant liés à la fois au sevrage et à l'hypervigilance, les personnes « comorbides » auront d'autant plus tendance à consommer des substances pour éviter l'escalade aversive.
- Hypothèse de l'auto-médication maladaptative

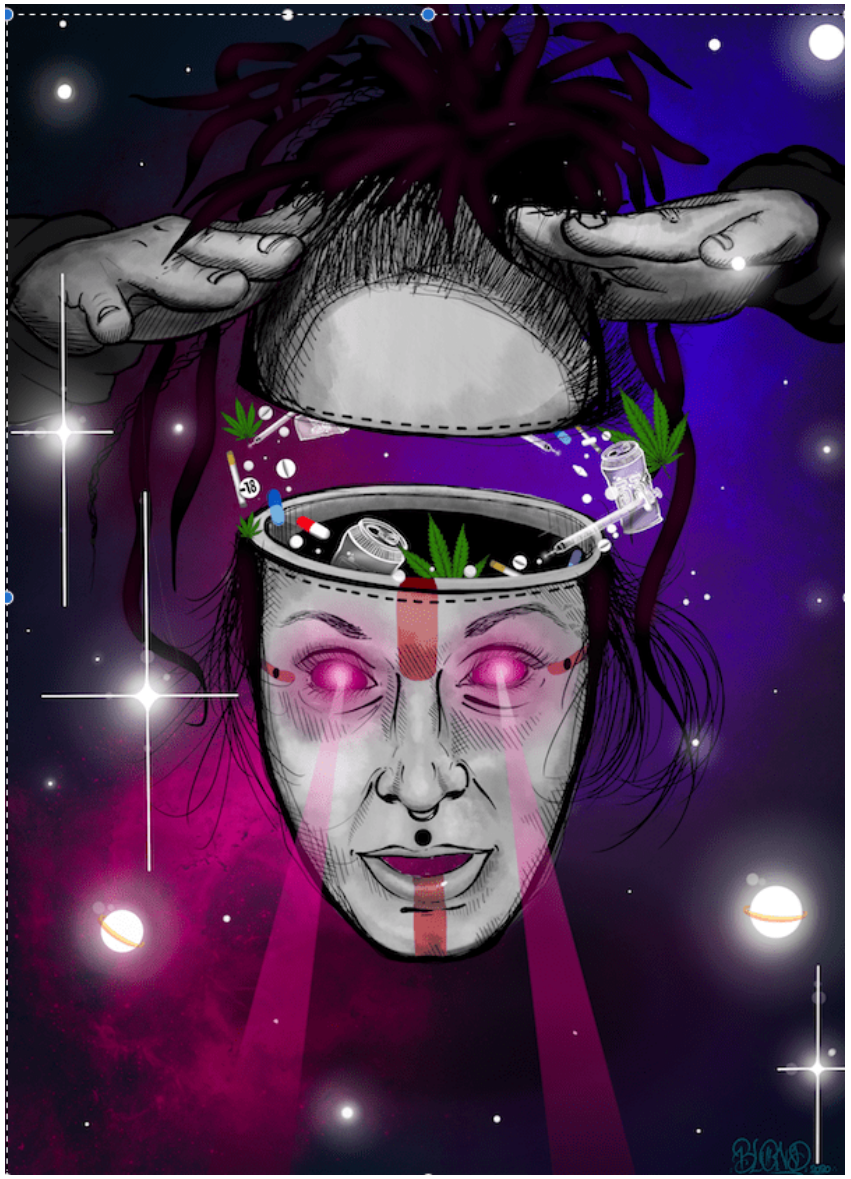
Addictions et troubles psychiatriques

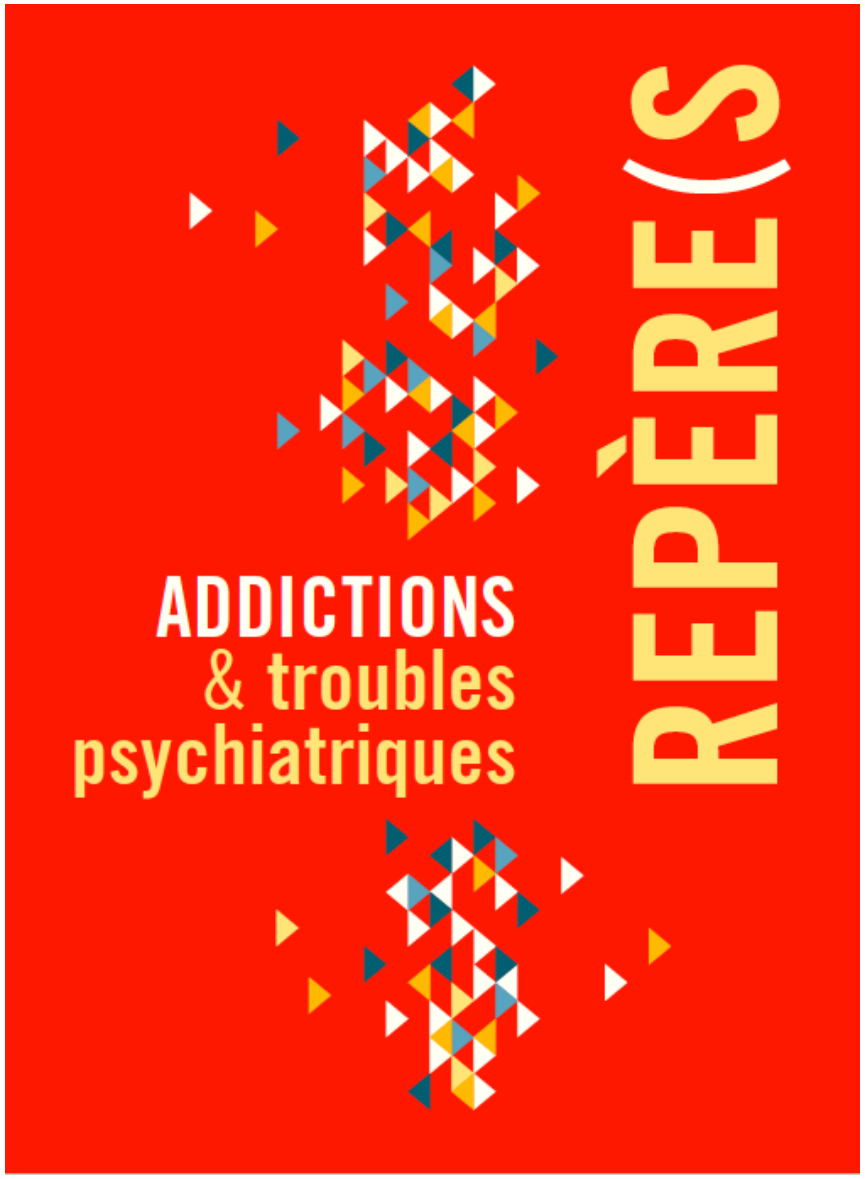


Pathologies duelles

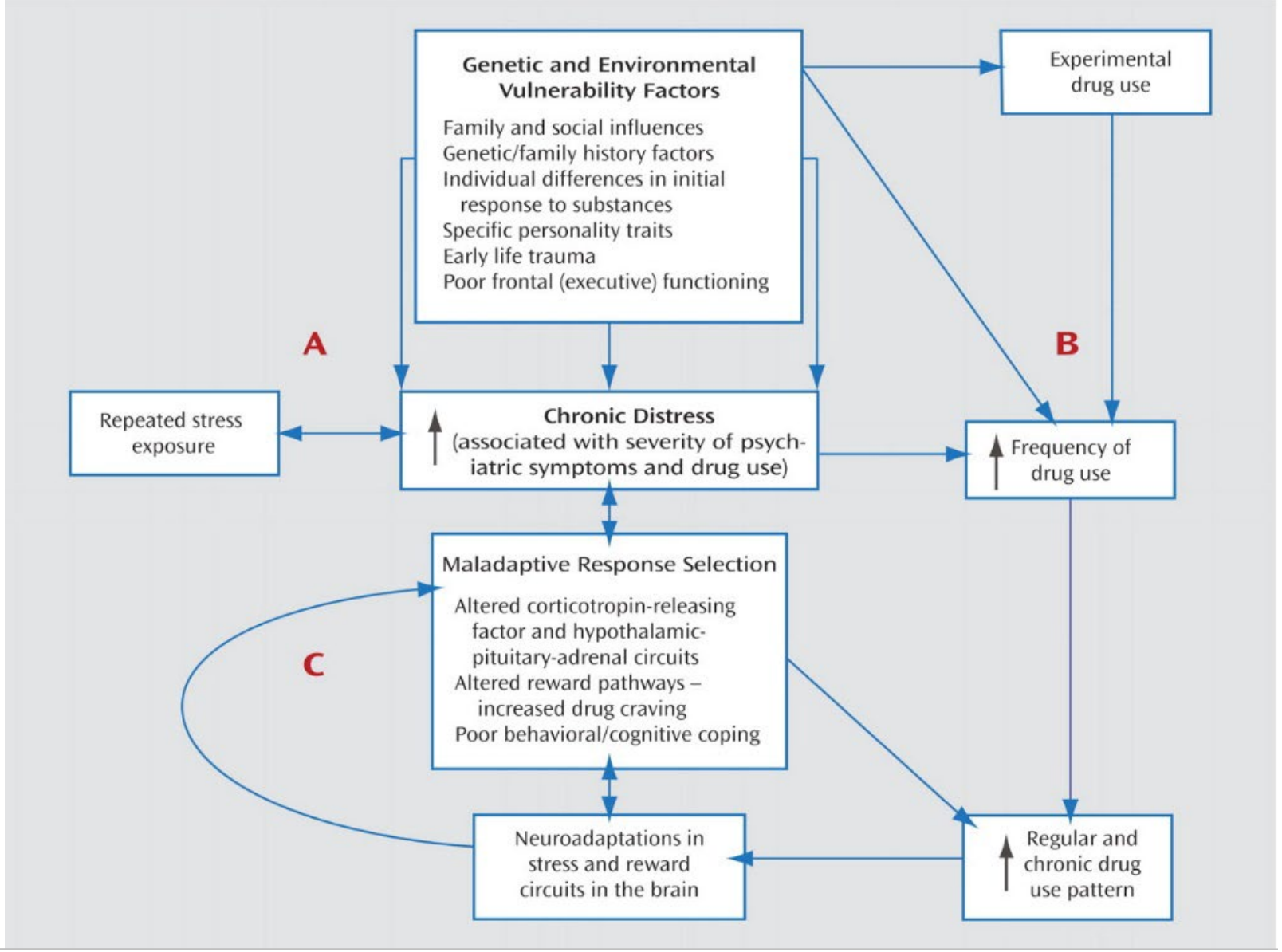
- Importantes corrélations
- Intoxication : modèle addictologique (cannabis/psychose)
- Auto-médication : modèle psychiatrique (PTSD/addiction)
- Interactions mutuellement péjoratives
- Pathologies duelles : modèle biopsychosocial
- Causalités communes : « *syndemics* » (PTSD et addictions)
- Nécessité d’actions combinées, intégrées

https://www.federationaddiction.fr/parution-guide-addictions-et-troubles-psychiatriques/





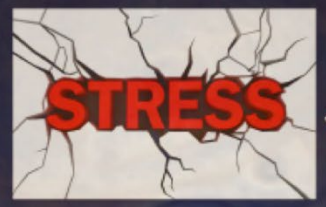
Co-occurrence des troubles mentaux et d'usage de substances: les effets neurobiologiques du Stress chronique American Journal of Psychiatry



"Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress"
Brady & Sinha (Am J Psychiatry 2005; 162:1483–1493)

Stress et recompense : les deux faces de Janus
the dark side of addiction

- Reward and stress resemble the Roman God Janus.
- Janus was the god of doors, passages and transitions and his two faces look to the future and the past.
- Reward and stress represent different components of transitions in our brain emotional systems that lead to and perpetuate addiction.



"Stress is anything which causes an alteration of psychological homeostatic processes"
from: Burchfield SR, Psychosom Med, 1979, 41:661-672.

Reward is defined as a stimulus (drug) that increases the probability of a response, but usually includes a positive hedonic connotation

NIH National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

Interrelations PTSD/SUD (cercle vicieux)

- Auto-médication (Khantzian 1997)
- Causalités communes en amont : adversité sociale, traumas infantiles
- Les personnes présentant des TUS sont plus à risques de vivre des traumas car leur style de vie risque de multiplier l'exposition à des situations potentiellement dangereuses, à des expériences traumatiques et accroît le risque de développer un PTSD. (Saladin 2014)
- Les états d'hypervigilance associés à l'intoxication ou au sevrage placent les personnes en risque physiologique accru de développer un PTSD suite à un événement traumatique. La dysrégulation HPA est commune aux deux troubles. (Jacobsen et al. 2001)

De l’usage à l’abus et à l’addiction :
la question des différences interindividuelles

Différences dans les comportements d’usage de substances

Usage Instrumental et/ou Récréatif

Un phénotype “Proaddictif” ?

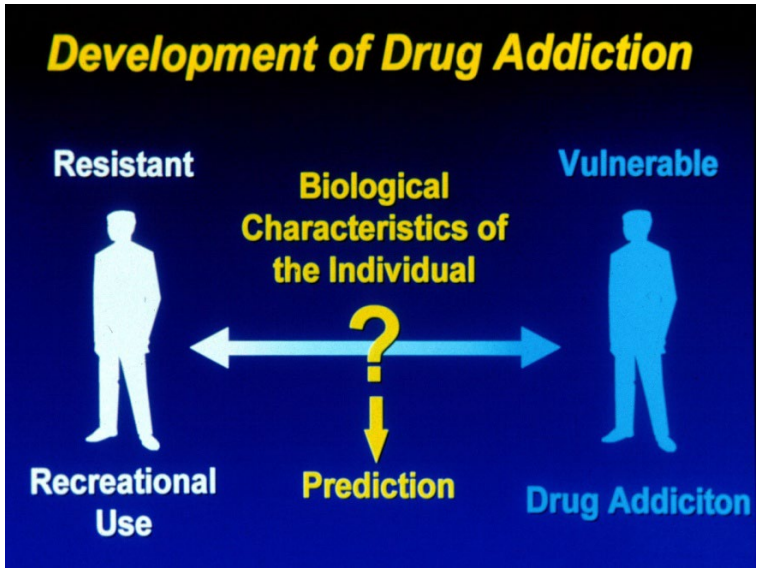
Social

Circonstanciel

Intensifié

Compulsif

Addiction



Prévalence de comorbidités psychiatriques sur 12 mois chez des personnes présentant un TUS

(Grant et al. Arch Gen Psychiatry, 2004)

	Humeur (9 %)	Anxieux (11 %)	Personnalité
Alcool	27,6 %	23,5 %	39,5 %
Tabac	21,1 %	22,0 %	31,7 %
Drogue	29,2 %	24,5 %	69,5 %

JAMA Network™

From: **Personality Disorders and the 3-Year Course of Alcohol, Drug, and Nicotine Use Disorders**

Arch Gen Psychiatry. 2011;68(11):1158-1167. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.136

Table 2. Relationship of Axis II Disorders to 3-Year Persistence of Substance Use Disorders[a]

	Odds Ratio (95% CI)		
Personality Disorder	**Alcohol Dependence (n=1172)**	**Cannabis Abuse or Dependence (n=454)**	**Nicotine Dependence (n=4017)**
Antisocial	3.51 (1.74-7.08)[b]	2.46 (1.05-5.73)[c]	3.19 (1.64-6.18)[b]
Avoidant or dependent	0.92 (0.49-1.74)	0.73 (0.29-1.83)	1.02 (0.69-1.51)
Borderline	2.52 (1.64-3.85)[b]	2.78 (1.40-5.50)[d]	2.04 (1.56-2.68)[b]
Histrionic	0.96 (0.57-1.60)	1.10 (0.46-2.65)	1.10 (0.76-1.59)
Narcissistic	1.96 (1.32-2.91)[d]	1.32 (0.63-2.74)	1.22 (0.92-1.61)
Obsessive-compulsive disorder	0.89 (0.57-1.38)	0.91 (0.44-1.87)	1.40 (1.06-1.85)[c]
Paranoid	1.18 (0.72-1.95)	0.83 (0.40-1.73)	0.99 (0.73-1.35)
Schizoid	1.10 (0.59-2.06)	0.80 (0.33-1.97)	1.47 (1.08-2.01)[c]
Schizotypal	3.36 (1.98-5.72)[b]	5.90 (2.68-13.00)[b]	1.65 (1.19-2.28)[d]

[a] Controlling for demographics, Axis I categories listed in Table 1 and the other personality disorders, family history of alcohol or drug problems, current alcohol or drug treatment at baseline, and baseline duration (months) of longest or only use disorder.
[b] $P < .001$.
[c] $P < .05$.
[d] $P < .01$.

Date of download: 10/12/2021

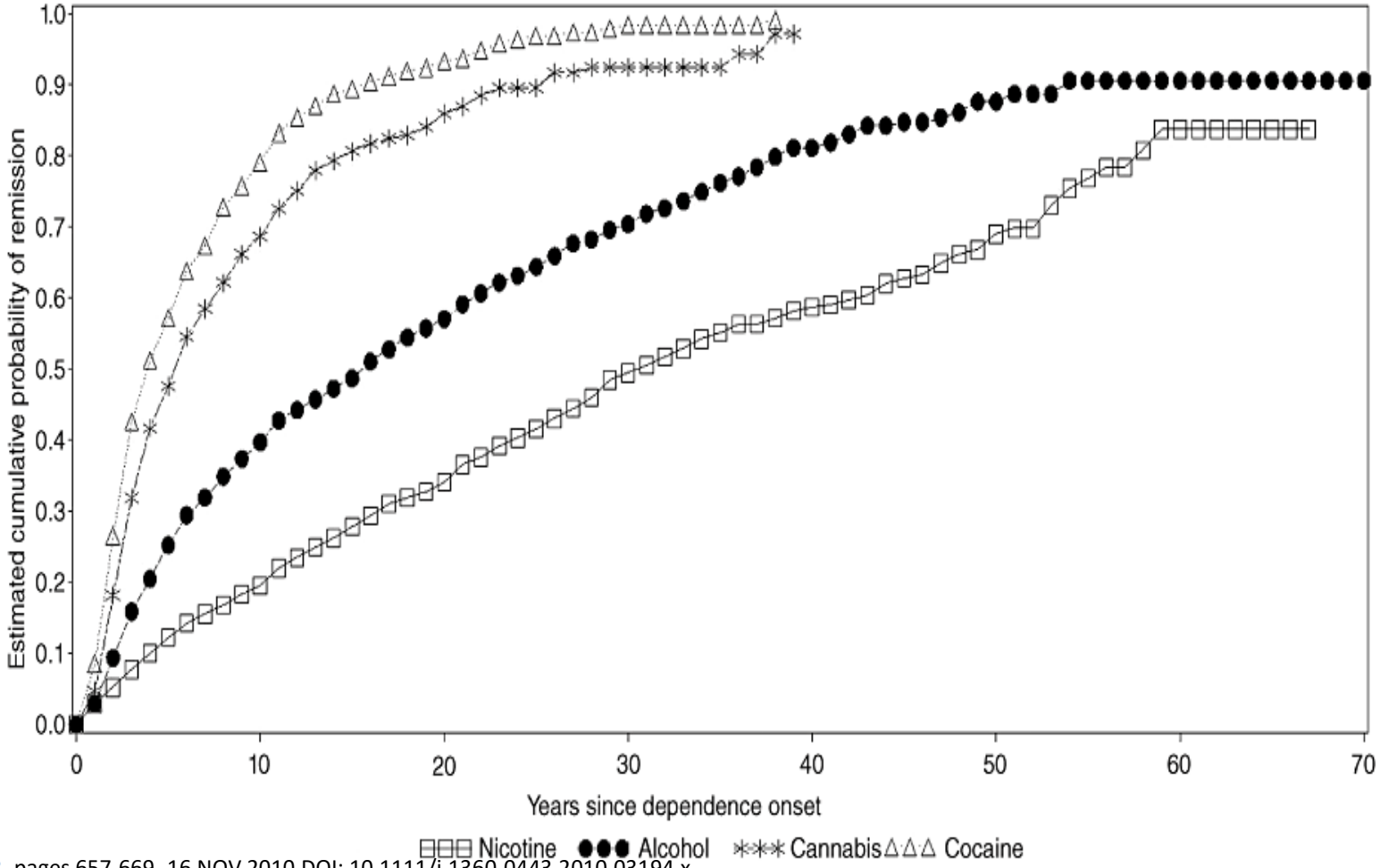
Copyright © 2011 American Medical Association. All rights reserved.

Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Lopez-Quintero et al, Addiction, 2011)

La rémission est presque toujours assurée à un moment de la vie

98,92 % des dépendants de la cocaine presentent au moins un diagnostic de trouble psychiatrique au cours de la vie

Les troubles de la personnalité (et spécifiquement les troubles avec impulsivité, BPD) sont le facteur péjoratif essentiel



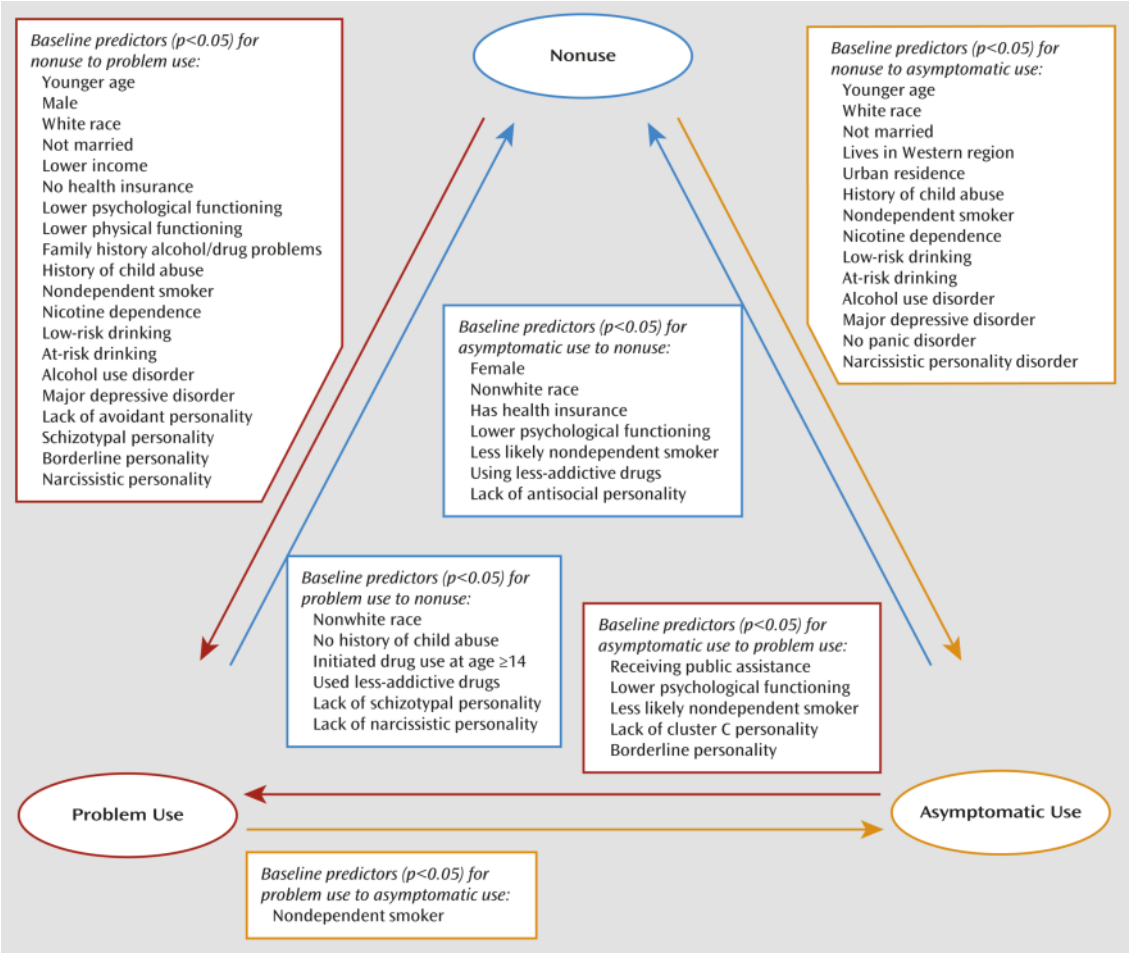
Addiction
Volume 106, Issue 3, pages 657-669, 16 NOV 2010 DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x/full#f1

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

psychiatryonline

Transitions in Illicit Drug Use Status Over 3 Years: A Prospective Analysis of a General Population Sample

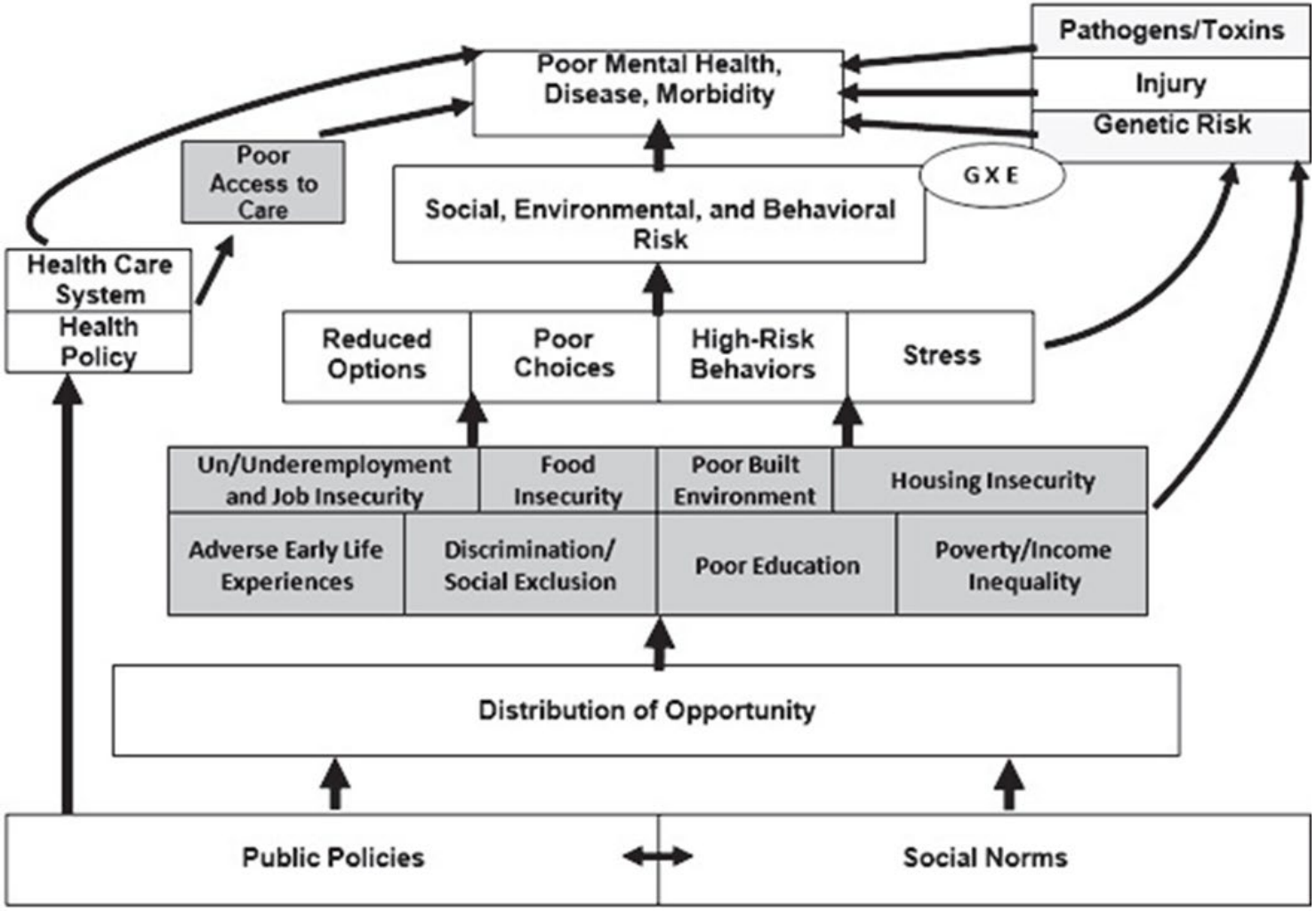
Am J Psychiatry. 2013;170(6):660-670. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12060737



Modeling Approach to Transitions in Drug Use Status From Baseline to 3-Year Follow-Up Among U.S. Adults Age 18 and Older[aa]
Predictors based on reduced multinomial regression models (from Table 3).

The Social Determinants of Mental Health

Michael T. Compton
Ruth S. Shim.



The American Journal of
Psychiatry

A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Combining Sertraline and Naltrexone for Treating Co-Occurring Depression and Alcohol Dependence (Pettinati et al. 2010)

American Journal of Psychiatry

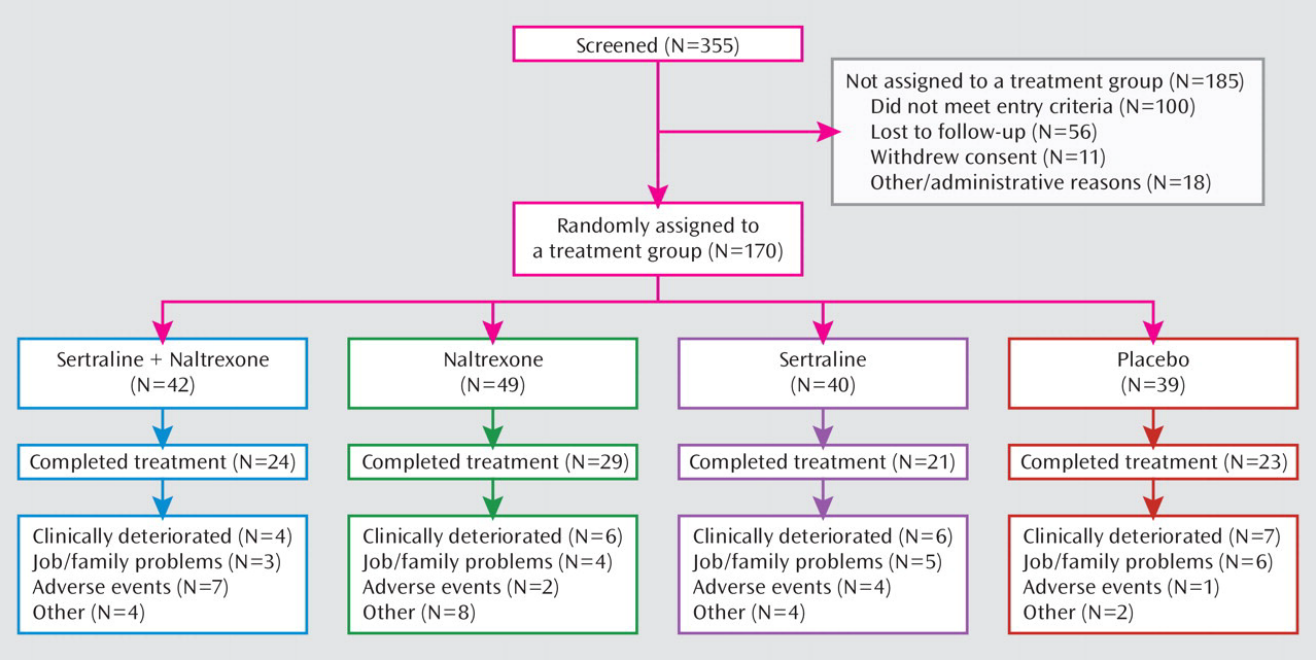
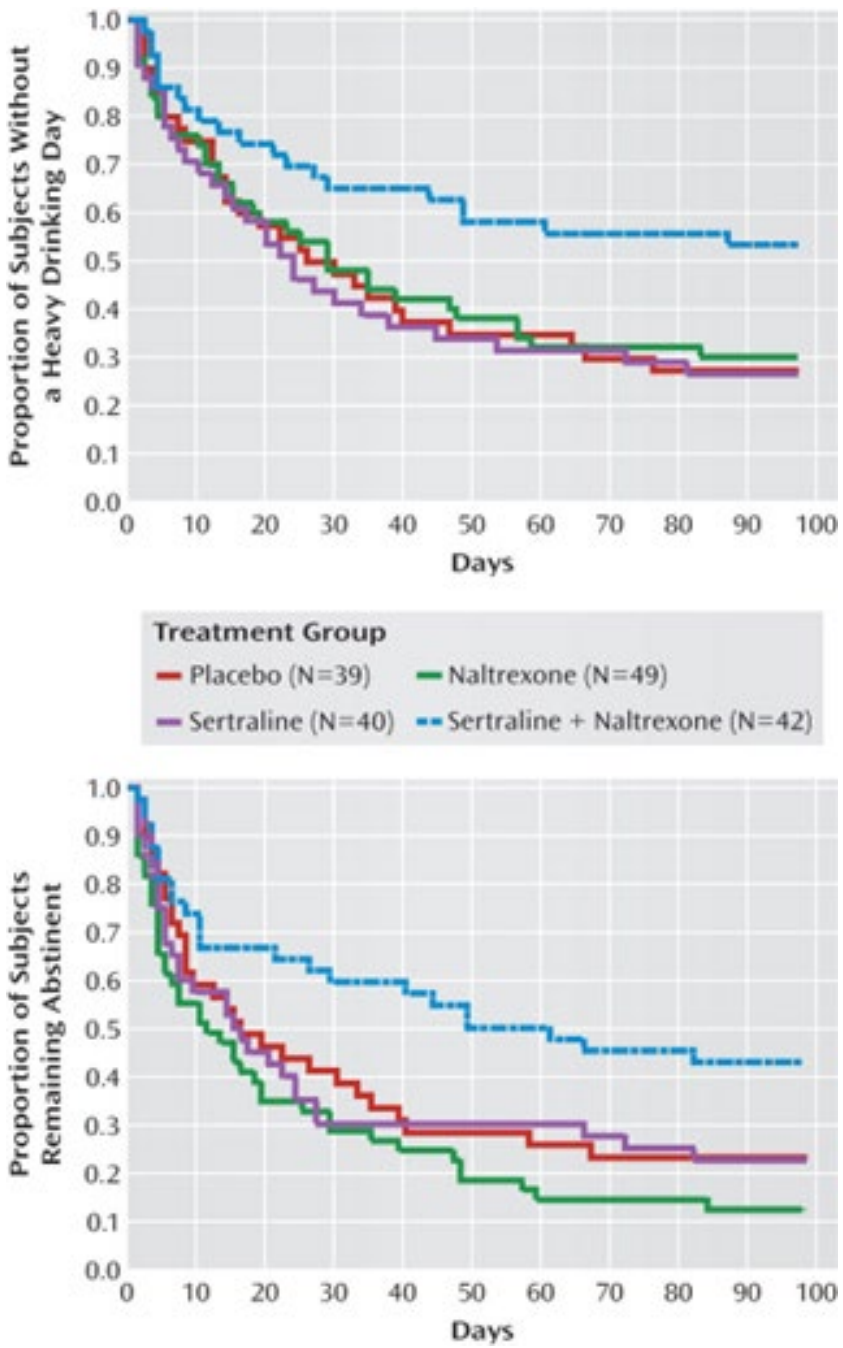


Figure 1. Participant Flow Through Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Trial Combining Sertraline and Naltrexone for Treatment of Co-Occurring Depression and Alcohol Dependence

Time to First Heavy Drinking Day and Time to First Drinking Day in Depressed Alcohol-Dependent Patients Randomly Assigned to Medication Treatment or Placebo



FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

Merci !

jm.delile@federationaddiction.fr

"Do you want the real remedy?
STOP CHASING CATS!"

Principaux indicateurs sur les pathologies duelles – Etat des lieux en Occitanie
19 Septembre 2023

ORSM Observatoire Régional Santé Mentale Occitanie

Partenaire des acteurs du territoire pour améliorer la connaissance en santé mentale et en psychiatrie

Inca Ruiz
Statisticienne chargée d'études
CREAI ORS & ORSM Occitanie

Estelle Dellapina
Chargée de missions
FERREPSY & ORSM Occitanie

L'ORSM est co-piloté par le CREAI ORS Occitanie et la FERREPSY Occitanie, avec le soutien financier de l'ARS

L'ORSM Occitanie

Association et synergie entre expertises de terrain et de l'observation

Objectifs

Faciliter l'accès à des informations (indicateurs, synthèses documentaires, portraits de territoire …) sur :

- La **santé mentale** de la population Occitane
- Ses **déterminants** (caractéristiques démographiques et socio-économiques, offre de soins, conditions de vie…)
- Le **recours aux soins** en psychiatrie et santé mentale

→ à **l'échelle régionale** et des différents **territoires infrarégionaux**

Pour qui ?

L'ensemble des acteurs régionaux et locaux impliqués dans l'organisation de la santé mentale :

Instances publiques (PTSM, CLSM, DDARS…) Institutionnels, professionnels de santé au sens large de l'OMS, représentants d'usagers…

ORSM Observatoire Régional Santé Mentale Occitanie

Missions

Accompagner les acteurs régionaux et locaux dans :

- Leur **démarche d'état des lieux** des besoins de terrain
- Leur **réflexion** pour répondre à des **problématiques**

→ par **le traitement et l'analyse de données**

Moyens mis en œuvre

- Outil de cartographie interactive CartoPsy Occitanie

≈ **400 indicateurs** sur 8 thématiques autour de la santé mentale et de ses déterminants

- Construction d'indicateurs, Groupes d'experts
- Études quantitatives et qualitatives

Etat des lieux Occitanie : pathologies duelles

De quoi s'agit il ?

Définies comme la **présence comorbide** d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux **processus synergiques** entre les deux pathologies, qui amène à une **modification des symptômes**, une **diminution de l'efficience des traitements** et à l'**aggravation et chronicisation de leur évolution**.[1]
Elles constituent un **enjeu majeur de santé publique** et un **coût sociétal important**.

Concerneraient **3,2%** de la population générale[2]

Indicateurs : sources de données et limites

Filière psychiatrique

SNDS, cartographies des pathologies et des dépenses (tous régimes confondus) – dernière année disponible 2021
ATIH Bases RIM-P – dernière année disponible 2022

Filière addictologie

Statistiques administratives,
ATIH Bases MCO
Enquêtes spécifiques auprès des usagers et dispositifs d'observations CSAPA, CAARUD, …

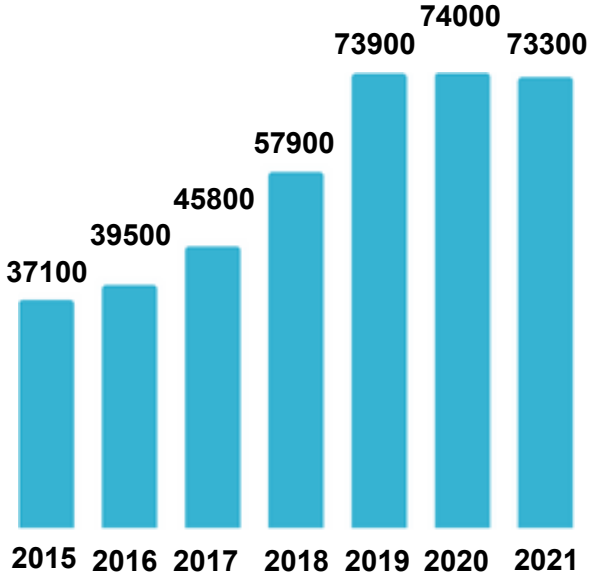
Indicateurs disponibles
Exploitation : ORSM Occitanie

Indicateurs à construire et nécessitant du temps de réflexion avec les acteurs et de la mise en place d'enquêtes spécifiques

[1] National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2017
[2] SAMHSA (2013), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings, NSDUH Series H-47, HHS Publication No. (SMA) 13-4805. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

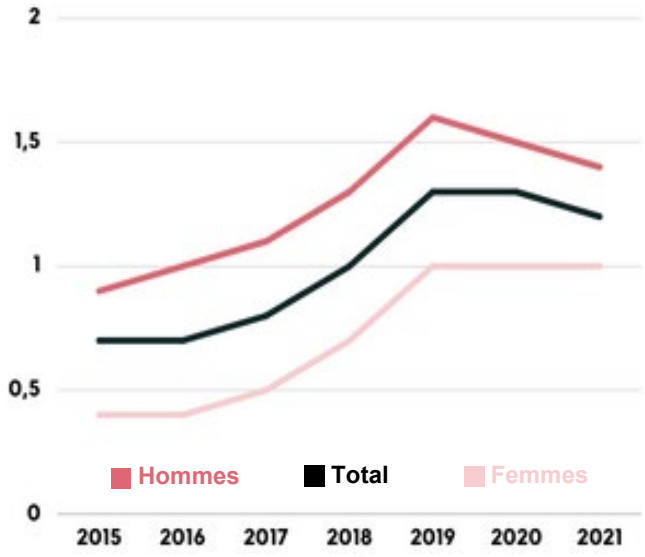
Personnes prises en charge pour maladies psychiatriques et présentant une addiction

Évolution des effectifs 2015-2021 : + 98%



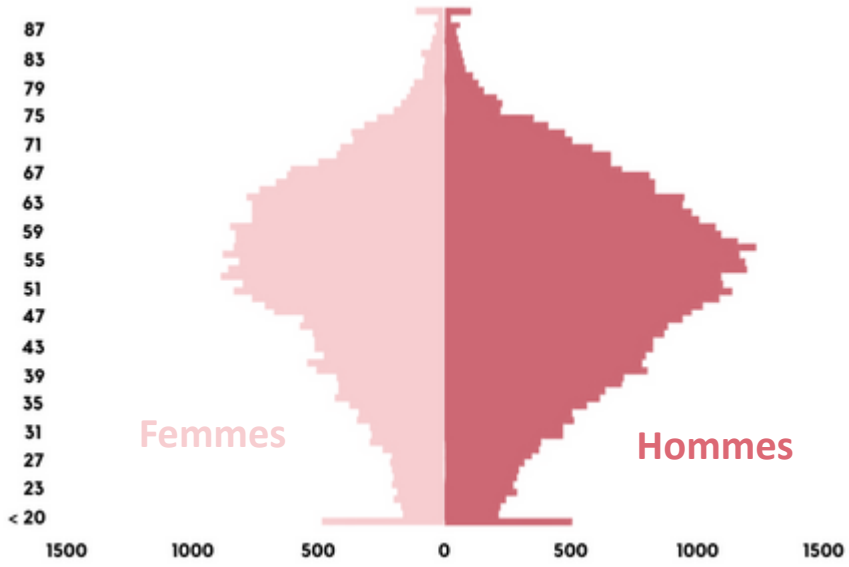
Effectifs 2021 :
Occitanie : 73 300
France Metro. : 666 800

Evolution de la prévalence (%) 2015-2021 : + 0,5 point



Prévalence 2021 :
Occitanie : 1,2%
France Metro. : 1,3%

Répartition par âge en 2021



Occitanie : Age moyen
Ensemble **52,1 ans**
♂ **51,8 ans**
♀ **52,6 ans**

Source : SNDS, cartographies des pathologies et des dépenses (tous régimes confondus)
Exploitation : ORSM Occitanie

Patients pris en charge pour soins psychiatriques

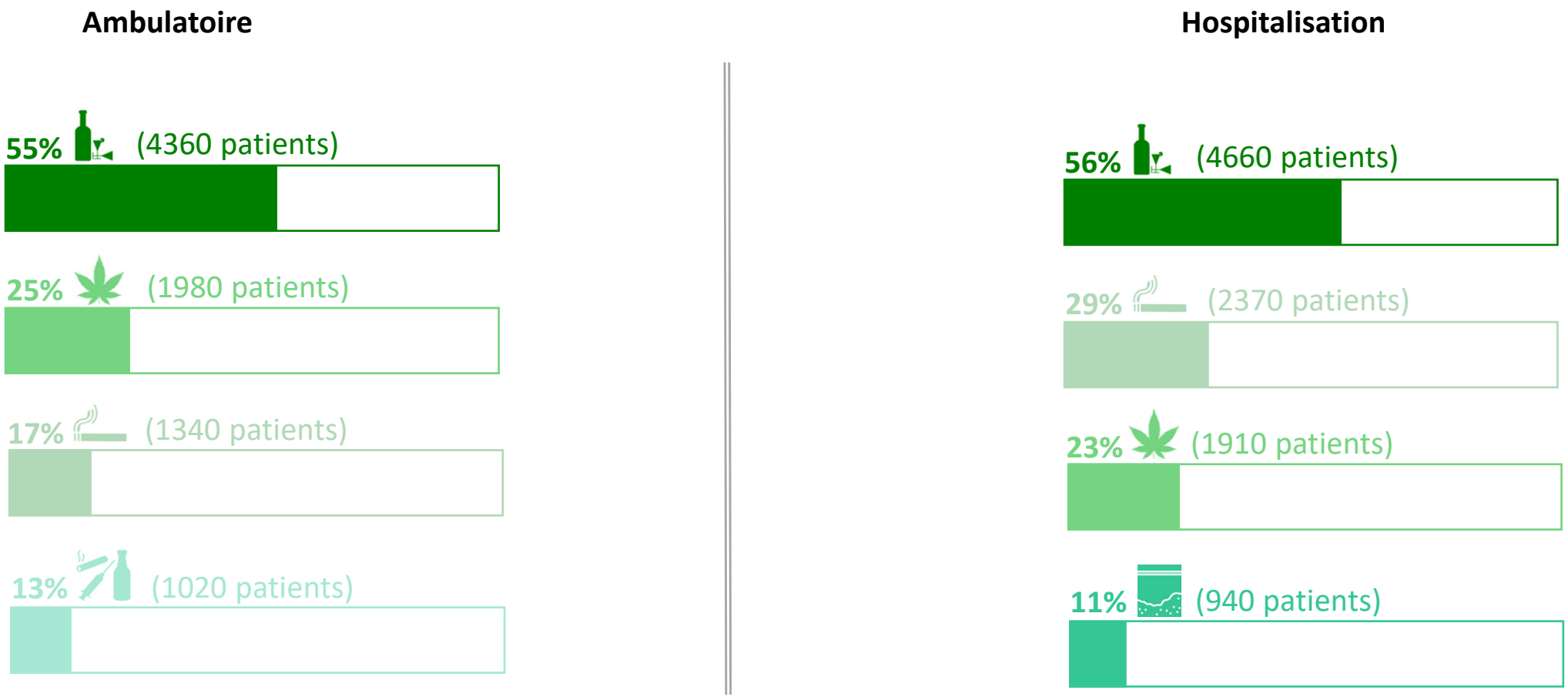
Effectifs 2022

Patients pris en charge en ambulatoire en soins psychiatriques	Ambulatoire	Hospitalisations
• Ensemble des patients pris en charge pour troubles psychiatriques	173 420	34300
• Patients pris en en charges pour troubles psychiatriques et présentant une addiction	**7900 (4,6%)**	**8250 (24,1%)**

* CIM-10 : F19 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives)

Source : ATIH Bases RIMP-P, données d'activité des établissements, Patients distincts,
Exploitation : ORSM Occitanie

Addictions les plus fréquentes associées aux troubles psychiatriques

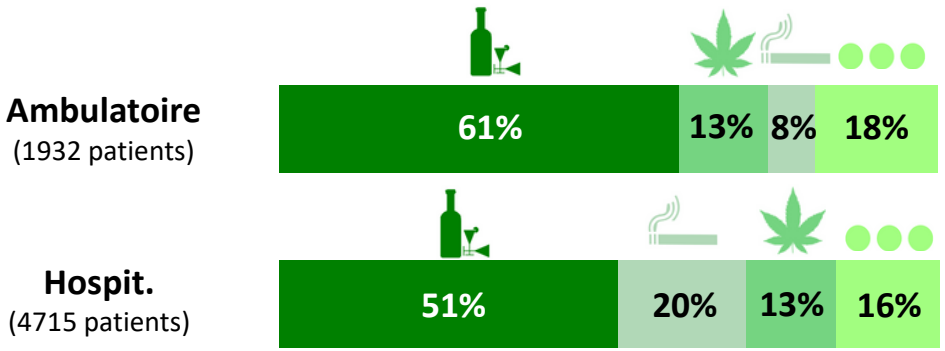


Source : ATIH Bases RIMP-P, données d'activité des établissements, Patients distincts, Exploitation : ORSM Occitanie

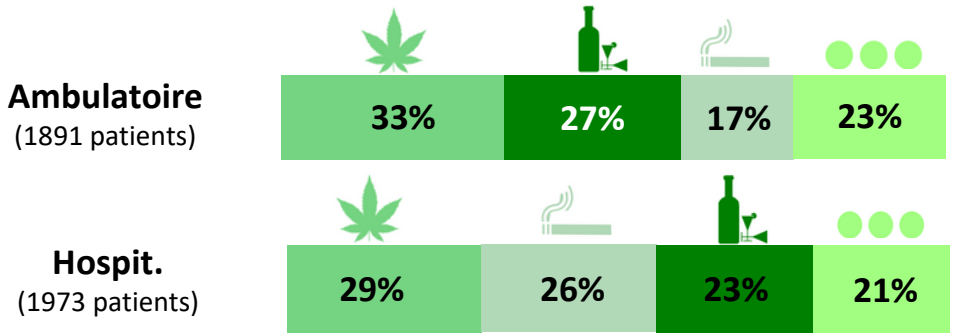
Alcool · Cannabis · Tabac · Drogues multiples · Cocaïne

Répartition des addictions selon le trouble psychiatrique

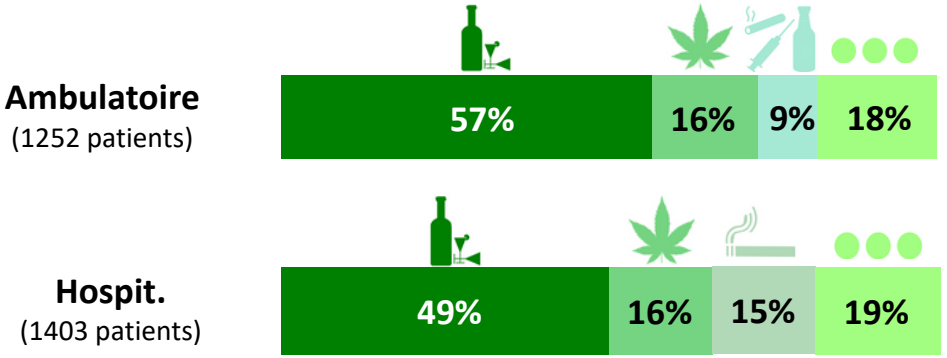
- **Troubles de l'humeur**



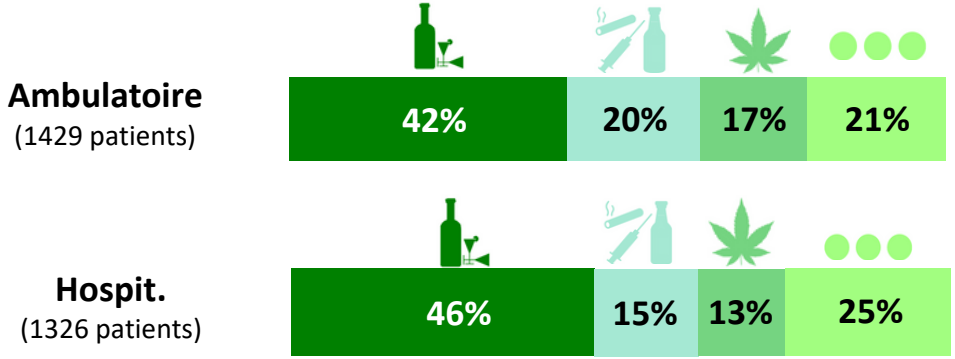
- **Troubles psychotiques**



- **Troubles anxieux**



- **Troubles de la personnalité chez l'adulte**



Source : ATIH Bases RIMP-P, données d'activité des établissements, Patients distincts - Exploitation : ORSM Occitanie

Les essentiels à retenir

> Prévalence des pathologies duelles en Occitanie :

- **Augmentation de la prévalence** des pathologies duelles en Occitanie : **+0,5 points** depuis 2015
- Les hommes sont plus touchés que les femmes (1,4 % vs 1,0 %)

Les essentiels à retenir

> Prévalence des pathologies duelles en Occitanie :

- Il existe des **disparités entre les départements :**

	Occitanie	Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées Orientales	Tarn	Tarn et Garonne
Prévalence 2021	**1,2%**	**1,7%**	1,6%	**1,7%**	1,3%	1,2%	1,4%	1,4%	1,6%	**1,8%**	**1,7%**	**1,7%**	1,4%	1,4%

- 5 départements avec prévalence **≥ 1,7%**
- Départements **ruraux et/ou de montagne**
- Différents facteurs ou hypothèses pour expliquer ce constat : situation socio-économique, offre de soin, difficultés d'accès aux soins, isolement ?

⇒ Nécessité d'**enquêtes spécifiques** pour approfondir le sujet et vérifier les hypothèses

Les essentiels à retenir

> Addictions associées aux 4 troubles psychiatriques les plus fréquents :

- Addiction à l'**alcool** prédominante dans **3 des 4 troubles considérés** (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité chez l'adulte)

- **Le cannabis** est l'addiction la plus fréquente dans les **troubles psychotiques**

⇒ Ces données reflètent la perception des professionnels et les données de la littérature

Les essentiels à retenir

> Addictions associées aux 4 troubles psychiatriques les plus fréquents :

- Addiction à l'**alcool** prédominante dans **3 des 4 troubles considérés** (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité chez l'adulte)
- **Le cannabis** est l'addiction la plus fréquente dans les **troubles psychotiques**

⇒ Ces données reflètent la perception des professionnels et les données de la littérature

> Mais faible proportion d'addiction au tabac :

- **Sous-cotation de la présence de cette addiction** pour l'ensemble des troubles psychiatriques
- En effet, la consommation de tabac est fréquente chez les patients présentant un trouble psychiatrique avec une prévalence variant de 35 à 68% de fumeurs actifs et allant jusqu'à 90% sur la vie entière (Lasser et al, 2000)
- Première cause de mortalité de cette population

Les essentiels à retenir

> Nature de la prise en charge des pathologies duelles :

- **Plus forte proportion** de patients pris en charge en **hospitalisation** par rapport à l'**ambulatoire** (24,1% vs 4,6%)

⇒ Résultat qui questionne sur des **différences éventuelles de pratiques de cotation** entre les secteurs hospitalier et ambulatoire : Pas de cotation systématique des troubles comorbides par les professionnels en ambulatoire ?

Les essentiels à retenir

> Prévalence des pathologies duelles en Occitanie

> Addictions associées aux 4 troubles les plus fréquents

> Faible proportion d'addiction au tabac

> Nature de la prise en charge des pathologies duelles

<u>Résultats à considérer avec prudence</u> car :

- issus de la **filière psychiatrique uniquement**
- Donnent une impression globale de **sous-estimation des addictions**

Mais ce travail permet de dresser un **premier état des lieux** des pathologies duelles en Occitanie et constitue une **première référence régionale**

Perspectives et axes de travail proposés

> Approfondir les données au niveau régional :

- Suivi de leur **évolution** au cours du temps
- Exploitation des données de la **filière addictologie** pour établir un état des lieux plus complet (nouveaux indicateurs à construire)

Perspectives et axes de travail proposés

> Approfondir les données au niveau régional :

- Suivi de leur **évolution** au cours du temps
- Exploitation des données de la **filière addictologie** pour établir un état des lieux plus complet (nouveaux indicateurs à construire)

> Mener des enquêtes en lien avec les acteurs du territoire :

- **Validation de certaines hypothèses** (prévalence plus forte en milieu rural par exemple)

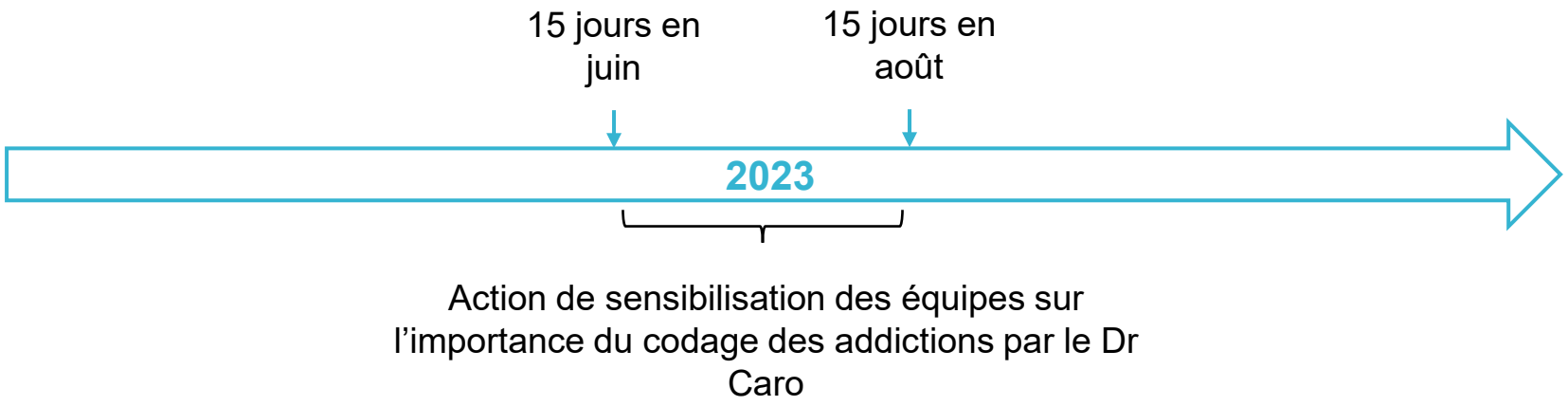
Perspectives et axes de travail proposés

> Amélioration du codage des addictions :

- Avec vigilances particulières sur le **tabac** et le **secteur ambulatoire**

⇒ **Initiative du CH de Thuir (Dr Federico Caro et Dr Philippe Nicolas) :**

Recueil et analyse du codage des addictions dans 6 unités psychiatriques du CH de Thuir sur deux périodes :



Perspectives et axes de travail proposés

⇒ **Initiative du CH de Thuir** (Dr Federico Caro et Dr Philippe Nicolas) ***(suite)*** **:**

- Amélioration globale du **codage des addictions** (F10 à F19) :
  - ✓ **+42%** de **patients ayant au moins un diagnostic d'addiction** entre Juin et Août (88 vs 125 patients)
  - ✓ **+63%** de **codages d'addictions** entre Juin et Août (166 vs 270 diagnostics codés)

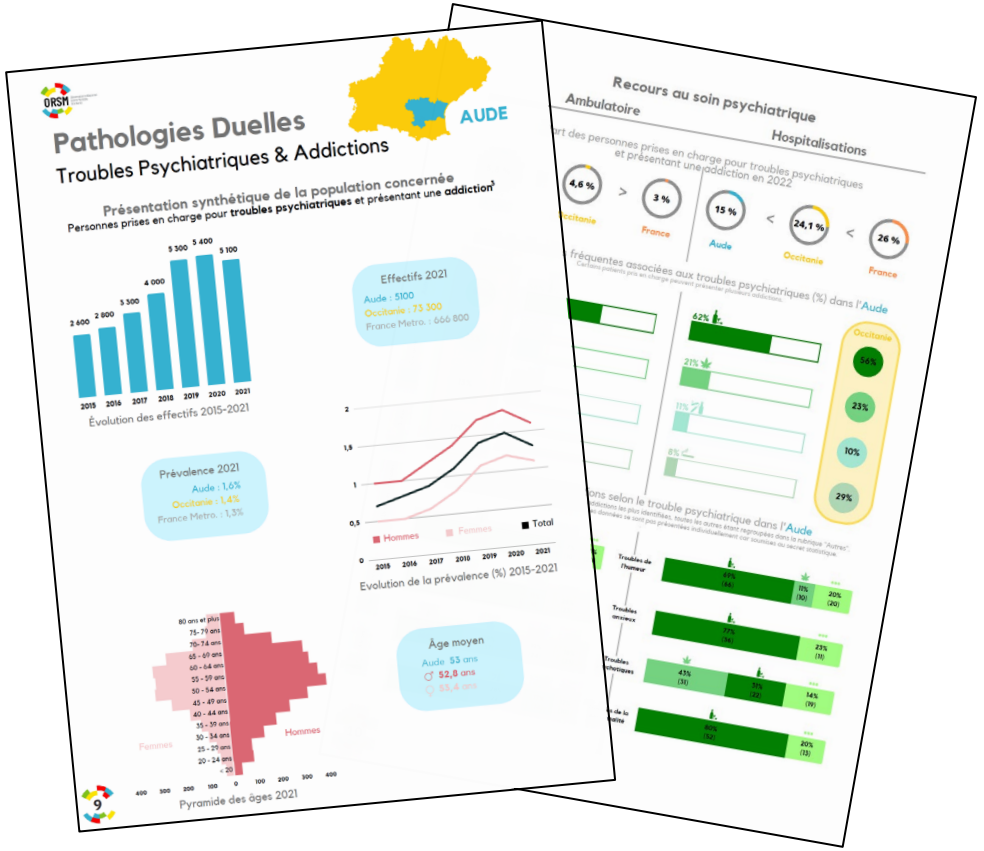
- En particulier, augmentations importantes pour :
  - ✓ **Tabac** : **+350%** de codage entre les deux périodes (16 vs 72 codages F17)
  - ✓ **Cannabis : +76%** (37 vs 65 codages F12)
  - ✓ **Cocaïne : +123%** (13 vs 29 codages F14)

Premiers éléments à approfondir renforçant l'importance d'une amélioration des pratiques de codage

Pour aller plus loin…

- **Edition d'un livret synthétique sur l'Occitanie**

- **Une fiche synthétique créée par département**



Consultables et téléchargeables sur le site internet de l'ORSM Occitanie : https://orsm-occitanie.fr/

Pour aller plus loin

Contacter l'équipe de l'ORSM Occitanie :

orsm-occitanie@ferrepsy.fr

05 61 43 78 52

https://orsm-occitanie.fr/

FERREPSY Occitanie
Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

L'ORSM est co-piloté par le CREAI ORS Occitanie et la FERREPSY Occitanie
Centre Hospitalier Gérard Marchant - 134 Route d'Espagne - 31057 Toulouse Cedex 1
Téléphone : 05 61 43 78 52 Email : orsm-occitanie@ferrepsy.fr

SANTÉ & VULNÉRABILITÉS CREAI ORS OCCITANIE

FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

Cn2r
Centre national de ressources et de résilience

Centre Régional Psychotraumatisme
Sud Aquitaine

COMITÉ D'ÉTUDE ET D'INFORMATION SUR LA DROGUE ET LES ADDICTIONS

ISPED SCHOOL OF PUBLIC HEALTH / université de BORDEAUX

Addictions, troubles psychiatriques et psychotrauma

Jean-Michel Delile

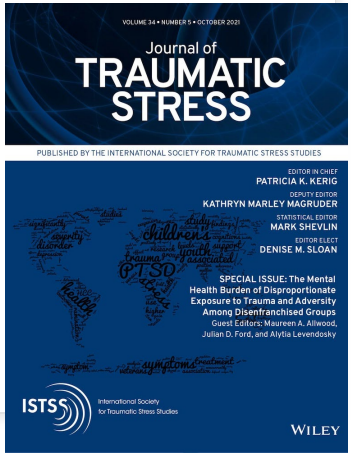
Psychiatre, CEID-Bordeaux
Président de la Fédération Addiction
Président de l'ISPED

Psychotrauma et pathologies duelles, une question essentielle

Traumas complexes, troubles de la personnalité, anxiété de séparation…
Et addictions,
Intérêt d’une approche intégrée

Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma

(Judith Lewis Herman, Journal of Traumatic stress, 1992, 5, 3)



- This paper reviews the evidence for the existence of a complex form of post-traumatic disorder in survivors of prolonged, repeated trauma.
- The current diagnostic formulation of PTSD derives primarily from observations of survivors of relatively circumscribed traumatic events. This formulation fails to capture the protean sequelae of prolonged, repeated trauma.
- In contrast to a single traumatic event, prolonged, repeated trauma can occur only where the victim is in a state of captivity, under the control of the perpetrator. The psychological impact of subordination to coercive control has many common features, whether it occurs within the public sphere of politics or within the private sphere of sexual and domestic relations.

Anxiété de séparation

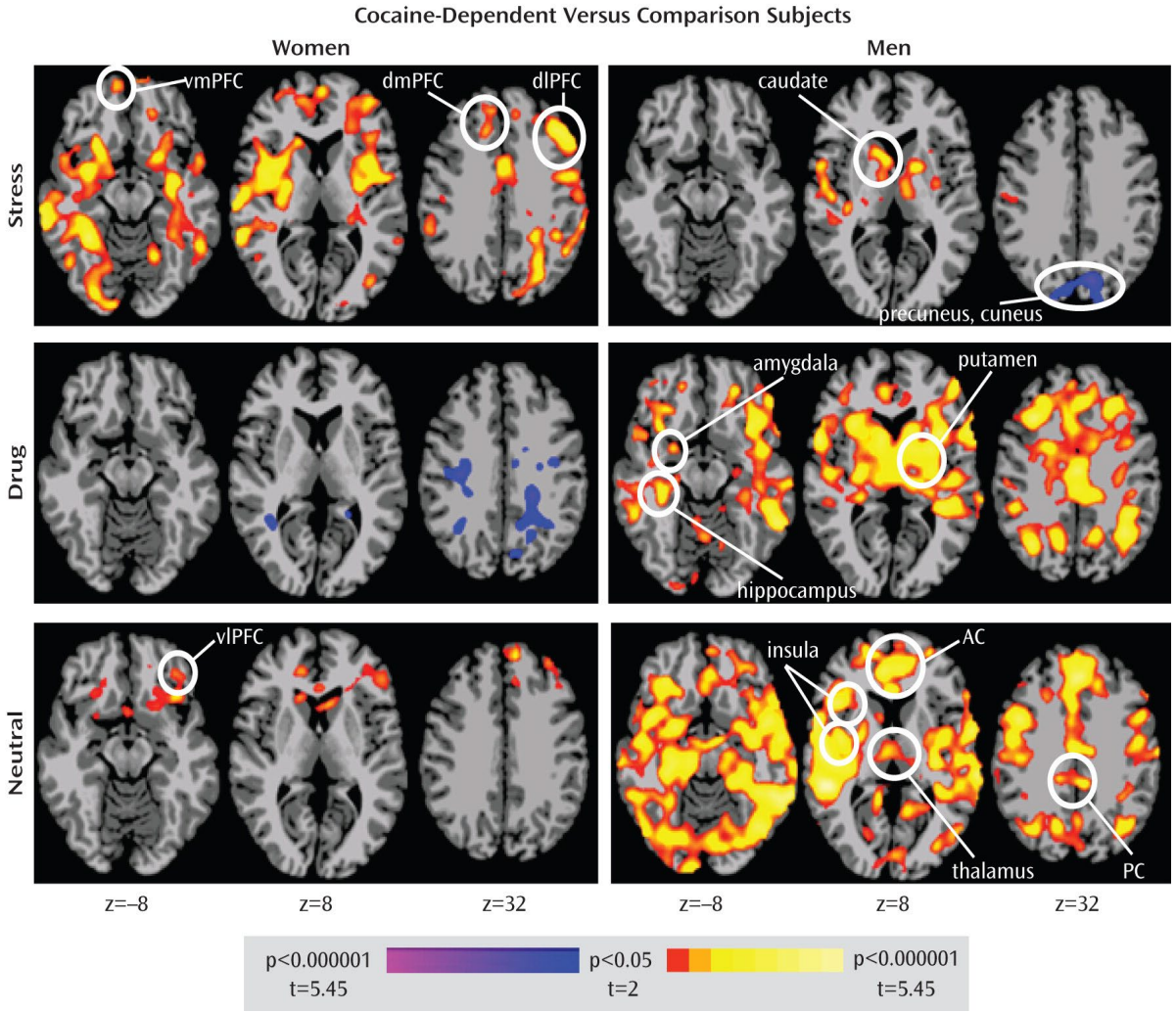
- L'étude de Joel Swendsen et al. (*Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey*, Addiction, 2010, 105, 6, 1117-1128) indique que l'anxiété de séparation est (avec le trouble bipolaire et le TDA/H) un des facteurs psychiatriques les plus puissamment prédictifs de l'initiation à l'usage de drogues et de la transition de l'usage vers l'abus.
- Les modélisations indiquent que le traitement de ces troubles permettrait de prévenir 34,2 % des initiations; 61,5 % des cas d'abus chez les usagers et 72 % des cas de dépendance chez les abuseurs (*population-attributable risk proportion*, PARP).
- Lien entre attachement insécure et ESPT

Stress/Addiction :
un facteur de risque majeur (transition, maintien, rechute) surtout chez les femmes

- Enoch MA: *The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence*. Psychopharmacology (Berl) 2011; 214:17–31
- Sinha R, Fox HC , Hong KI, Hansen J, Tuit K, Kreek MJ: *Effects of adrenal sensitivity, stress- and cue-induced craving, and anxiety on subsequent alcohol relapse and treatment outcomes.* Arch Gen Psychiatry 2011; 68:942–952
- Potenza et al: *Neural correlates of stress-induced and cue-induced drug craving: influences of sex and cocaine dependence*. Am J Psychiatry 2012; 169:406–414 :

"In cocaine dependence, corticostriatal-limbic hyperactivity appears to be linked to stress cues in women, drug cues in men, and neutral-relaxing conditions in both. These findings suggest that sex should be taken into account in the selection of therapies in the treatment of addiction, particularly those targeting stress reduction."

Neural Correlates of Stress-Induced and Cue-Induced Drug Craving: Influences of Sex and Cocaine Dependence



Images show between-diagnostic-group contrast maps highlighting regions where cocaine-dependent patients showed more activation than comparison subjects (in yellow to red color) and regions where cocaine-dependent patients showed less activation than comparison subjects (in blue to purple color) during the stress, drug, and neutral-relaxing cue conditions for women and men. prefrontal cortex.

Do Treatment Improvements in PTSD Severity Affect Substance Use Outcomes? (NIDA)

(**Denise A. Hien et al.** Am J Psychiatry 2010; 167:95-101)

- The purpose of the analysis was to examine the temporal course of improvement in symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorder among women in outpatient substance abuse treatment.
- **RESULTS:** Subjects exhibiting PTSD response were significantly more likely to transition to global response over time, indicating maintained PTSD improvement was associated with subsequent substance use improvement. Trauma-focused treatment was significantly more effective than health education in achieving substance use improvement, but only among those who were heavy substance users at baseline and had achieved significant PTSD reductions.
- **CONCLUSIONS:** PTSD severity reductions were more likely to be associated with substance use improvement, with minimal evidence of substance use symptom reduction improving PTSD symptoms. Results support the self-medication model of coping with PTSD symptoms and an empirical basis for integrated interventions for improved substance use outcomes in patients with severe symptoms.

The impact of EMDR and Schema Therapy on addiction severity among a sample of French women suffering from PTSD and SUD

Tapia Geraldine[c], Perez-Dandieu Beatrice[a, b], Lenoir Hugo[c], Othily Erika[c] , Cassen Myriam[b], Delile Jean-Michel[a]
[a] CEID-addiction, 24 rue du Parlement Saint-Pierre 33000 Bordeaux, France, jm.delile@ceid.asso.fr
[b] Institut Michel Montaigne, Cenon, France
[c] EA4139, Laboratoire Psychologie, Santé et Qualité de Vie, Université de Bordeaux, France, geraldine.tapia@u-bordeaux2.fr

Abstract

Objective: Examining the effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) associated with Schema Therapy (ST) on the improvement in symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorder (SUD) among women in outpatient substance abuse treatment centre.

Hypothesis: Reprocessing both traumatic and addiction memories using EMDR associated with Schema Therapy (ST) reduces PTSD symptoms along with alcohol and drug consumption.

Results: 1. PTSD symptoms and early maladaptive schemas started to decrease after 8 sessions (EMDR + ST) focused on traumatic memory
2. Addiction severity and craving started to decrease after 8 additional sessions (EMDR-ST) focused on addictive memory

Introduction

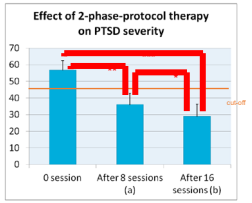
In a previous study we showed that 6 women with SUD-PTSD and assigned to eight sessions of EMDR focused on traumatic memory showed a significant reduction in PTSD symptoms but not in SUD symptoms (Perez & Tapia, in press).
Previous studies engaged in integrated-treatment intervention for SUD showed that:
-early maladaptive schemas underpin psychological problems such as PTSD (Cockram et al., 2010) and SUD (Brotchie et al., 2004)
-reprocessing the addiction memory with EMDR decreased craving for alcohol post-treatment (Hase et al., 2008)

Method

This study investigated in the treatment of SUD among 7 women receiving as usual social and medical care (for 2 years) for resistant addiction problems (polydrug users) in a drug treatment centre in Bordeaux. The selected outpatients met the SUD and PTSD comorbidity according to the DSM-IV diagnostic features for SUD and PTSD (APA, 1994).
We proposed a 2-phase-protocol therapy:
-a: 8 EMDR sessions (traumatic memory) associated with ST (attachment disorder)
-b: 8 EMDR sessions (addictive memory) associated with ST.
We evaluated PTSD symptoms (PCL-S), Early Maladaptive Schemas - EMS(YSQ-S2), alcohol craving (OCDS), cannabis craving (MCQ) and addiction severity (ASI) before and after treatment.

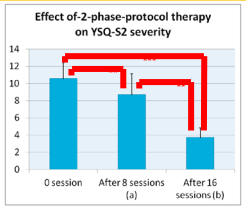
Results

PCL-S



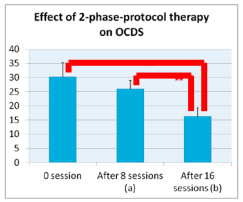
PTSD severity

YSQ-S2



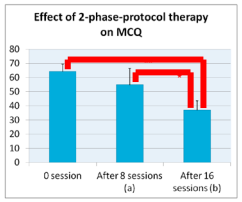
Schemas severity

OCDS



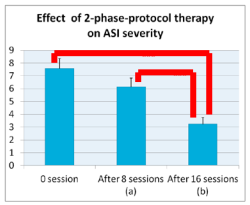
Alcohol Craving

MCQ



Cannabis Craving

ASI



Addiction severity

Discussion

The present study suggests that reprocessing both traumatic and addiction memories using EMDR procedure associated with ST reduces not only PTSD symptoms and EMS (after 8 sessions) but also craving and addiction severity (after 16 sessions).
These results suggest that co-occurring PTSD symptoms and EMS may have a strong impact on SUD symptoms. Thus, with our study, we enlarge evidence-based support for EMDR and ST as valuable treatments for SUD.

Conclusion

This study offers integrated treatment to address PTSD and EMS early on in therapy for SUD symptoms. Finally our research reinforces the idea that **integrated-treatment intervention** are needed for improving SUD outcomes (Back, 2010).

REFERENCES

Back, S.E. (2010). Toward an improved model of treating co-occurring PTSD and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *167* (1), 11-13.
Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology, 43* (3), 337–342.
Cockram, D.M., Drummond, P.D., & Lee, C.W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 165-182.
Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research, 2* (3), 170-179.
Perez-Dandieu, B., & Tapia, G. (in press). Treating trauma in addiction with EMDR: A pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs.*

CPDD, Puerto Rico, June17th, 2014

National Center for PTSD
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

VOLUME 31/NO. 2 • ISSN: 1050-1835 • 2020

PTSD Research Quarterly

advancing science and promoting understanding of traumatic stress

Published by:
National Center for PTSD
VA Medical Center (116D)
215 North Main Street
White River Junction
Vermont 05009-0001 USA

(802) 296-5132
FAX (802) 296-5135
Email: ncptsd@va.gov

All issues of the PTSD Research Quarterly are available online at:
www.ptsd.va.gov

Editorial Members:
Editorial Director
Matthew J. Friedman, MD, PhD
Bibliographic Editor
David Kruidenier, MLS
Managing Editor
Heather Smith, BA Ed

National Center Divisions:
Executive
White River Jct VT
Behavioral Science
Boston MA
Dissemination and Training
Menlo Park CA
Clinical Neurosciences
West Haven CT
Evaluation
West Haven CT
Pacific Islands
Honolulu HI
Women's Health Sciences
Boston MA

U.S. Department of Veterans Affairs

Behavioral Interventions for Comorbid PTSD and Substance Use Disorder

Sonya B. Norman, PhD
National Center for PTSD, Executive Division
and University of California San Diego School of Medicine

Denise A. Hien, PhD, ABPP
Center of Alcohol & Substance Use Studies
Graduate School of Applied and Professional Psychology
Rutgers University-New Brunswick

Prevalence and Associated Problems

Posttraumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorders (SUD) often co-occur. According to one national epidemiologic study 46.4% of individuals with lifetime PTSD also met criteria for SUD (Pietrzak et al., 2011). Among Veterans these numbers are even higher, a substantial majority with PTSD have met criteria for comorbid SUD in their life time. The National Vietnam Veterans Readjustment Study, conducted in the 1980s found 74% of Vietnam Veterans with PTSD had comorbid SUD (Kulka et al., 1990). Among treatment seeking Veterans who served in Operations Enduring Freedom (OEF) / Iraqi Freedom (OIF) / New Dawn (OND), 63% of those diagnosed with Alcohol Use Disorder (AUD) or other SUD also had a diagnosis of PTSD (Seal et al., 2011). For those diagnosed with AUD and another SUD, the rate of PTSD diagnosis was 76%.

Although PTSD and SUD (PTSD+SUD) are each associated with functional impairment, on average, individuals who have both disorders have more additional psychiatric and functional problems across multiple domains, including medical, legal, financial, and social (McDevitt-Murphy et al., 2010; Tate et al., 2007). In a nationally representative sample of US Veterans, the co-occurrence of PTSD and AUD was associated with higher rates of attempted suicide (46%) and suicidal ideation (39.1%) when compared to AUD alone (attempts = 4.1%; ideation = 7.0%), and greater suicide attempts when compared to PTSD alone (22.8%) (Norman et al., 2018).

Behavioral Intervention Research

Historically, treatments for PTSD+SUD were sequential, with SUD treated first, due in part to prevailing, although unsubstantiated concerns that patients had to be abstinent from substances in order to effectively address trauma and PTSD symptoms. In addition, it was commonly assumed that patients with SUD who were still using substances were too fragile to deal with trauma memories and PTSD and that doing so may lead to clinical worsening such as relapse or worse use, symptom exacerbation, and increased risk of suicidal intent and behaviors (Becker et al., 1991). At the Department of Veterans Affairs (VA) and in the community, it was common for patients to be turned away from PTSD treatments if they had not achieved some length of abstinence from substances.

Given these concerns, it is not surprising that early efforts to treat PTSD+SUD concurrently or in an integrated fashion (i.e., addressing both PTSD and SUD within one protocol) approached PTSD using present focused, skills based approaches that did not include trauma processing or exposure to trauma reminders (Najavits, 2006; McGovern, 2015). The *Seeking Safety* protocol (Najavits, 2006), was among the first integrated treatments to be studied. *Seeking Safety* is a present centered coping skills therapy that helps patients develop skills in interpersonal, cognitive, and behavioral domains. *Seeking Safety* has been evaluated in over 10 randomized controlled trials with a variety of populations (e.g., women, Veterans) with comparisons that included health education and evidence-based SUD treatments such as relapse prevention (Garland et al., 2016; Hien et al., 2009; Roberts et al., 2015; Schäfer et al., 2019). These studies have generally found that *Seeking Safety* improves PTSD+SUD comparably to comparison conditions and provided the first evidence that PTSD+SUD could be treated in an integrated fashion without clinical worsening. Another skills based model, *Integrated Cognitive Behavioral Therapy for PTSD and SUD,* uses cognitive restructuring and other cognitive behavioral

Continued on page 2

Authors' Addresses: **Sonya B. Norman, PhD** is affiliated with the National Center for PTSD, Executive Division, VA Medical Center (116D) 215 North Main Street, White River Junction, VT 05009; and the University of California San Diego School of Medicine. **Denise A. Hien, PhD, ABPP** is affiliated with the Center of Alcohol & Substance Use Studies, Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University - New Brunswick, 607 Allison Road Piscataway, NJ 08854.
Email Addresses: snorman@health.ucsd.edu and denise.hien@smithers.rutgers.edu.

Continued from cover

strategies to address both PTSD and SUD. Initial studies have shown the treatment to be comparably effective to SUD treatment alone for reducing PTSD symptoms (Capone et al., 2018; McGovern et al., 2015). At the same time, numerous studies demonstrated that the most effective treatments for PTSD-alone were trauma focused psychotherapies (therapies where a primary focus of each session involves processing trauma related memories and distress) (Watts et al., 2013). However, concerns that patients with SUDs could not handle trauma processing continued to be a barrier to comorbid patients receiving such treatments. It was not until the past decade that studies of trauma focused therapies for those with PTSD+SUD begun to emerge in larger numbers. These studies primarily evaluated prolonged exposure (PE) therapy concurrently or integrated with evidence based SUD treatment. In PE, patients process trauma through in-vivo (real life) and imaginal (retelling and listening to recorded accounts of the trauma memory) exposure to trauma reminders. The most studied integrated treatment has been the *Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorder Using Prolonged Exposure* (COPE) protocol which blends PE with relapse prevention for SUD. Contrary to beliefs that patients with PTSD+SUD could not handle trauma focused therapies, these studies have shown consistently that PE with SUD treatment as usual leads to better PTSD outcomes, and in some studies better SUD outcomes, than present focused or SUD only treatment (e.g., Norman et al., 2019; Roberts et al., 2015; Ruglass et al., 2017). Mills and colleagues (Mills et al., 2012) compared COPE to SUD treatment in the Australian healthcare system and found that COPE had significantly greater reductions in PTSD symptom severity at the end of nine months post-baseline. Ruglass and colleagues (Ruglass et al., 2017) compared COPE to relapse prevention and to active monitoring in a community sample. Among those with full PTSD, participants who received COPE had better PTSD outcomes than those in the other two conditions.

Three recent studies evaluating PE or COPE with Veterans with PTSD+SUD largely support the community findings. Back and colleagues (Back et al., 2019) compared COPE to relapse prevention among Veterans who served post-9/11 and found that COPE resulted in greater PTSD symptom reduction and greater likelihood of remission. Kehle-Forbes and colleagues (Kehle-Forbes et al., 2019) compared PE integrated with motivational enhancement therapy (MET) to sequential treatment where PE followed MET. Both conditions had clinically and significant reductions in substance use and PTSD symptom severity, but did not significantly differ from each other. The first study to directly compare integrated PE (COPE) to integrated present focused coping skills therapy *(Seeking Safety)* was with a Veteran sample. The study found that improvement in PTSD symptom severity and remission rates were better in the PE condition than in *Seeking Safety* (Norman et al., 2019).

Studies that have looked at processes or symptom change within treatment are helping to inform whether effective PTSD treatment such as PE or COPE should be delayed until substance use is reduced or stopped. Several studies have shown that within treatment for PTSD+SUD, PTSD symptom improvement is associated with greater subsequent substance use improvement, but the reverse relationship (substance use predicting subsequent PTSD symptoms) is not as strong (Hien et al., 2010, 2018; Kaczkurkin et al., 2016; Tripp et al., in press), suggesting that effective PTSD treatment should not be delayed.

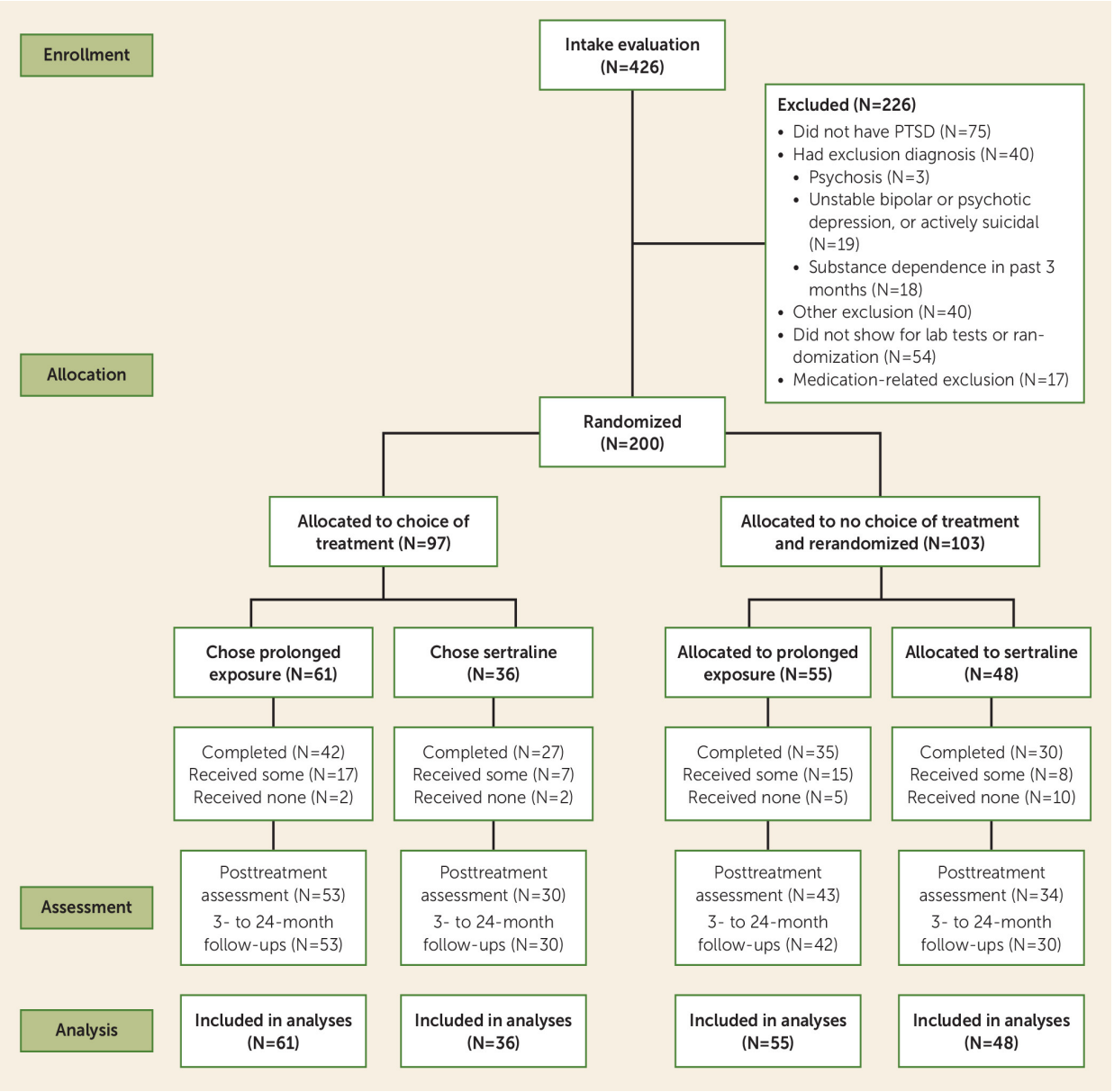
Studies have also examined whether clinical worsening (e.g., PTSD or depression symptom exacerbation, increased substance use, increased suicidal ideation) occurs when exposure is first initiated in COPE (Lancaster et al., 2020; Tripp et al., 2020). These studies have shown low rates of clinical worsening overall and that worsening rates were no higher in COPE than in the control condition (relapse prevention in one study, *Seeking Safety* in the other). These studies further document that introducing exposure is not adverse to comorbid PTSD+SUD patients, even in the short term when patients first initiate imaginal exposure. No evidence from these studies shows worsening of substance use or other adverse events in patients who have received trauma processing treatments, even while using up to 4 times per week (i.e., Hien et al., 2018). Taken together, these findings underscore that treating PTSD effectively using PE or COPE is important to both PTSD and SUD outcomes and serve to contradict fears and unsubstantiated beliefs that effective PTSD treatment should be delayed until improvement in substance use is achieved.

Other evidence-based trauma focused treatments for PTSD such as Cognitive Processing Therapy (CPT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) have thus far been less studied for comorbid PTSD+SUD, although early results are promising and generally follow the findings reported on PE above demonstrating positive direct impacts on PTSD and well tolerated trauma processing with respect to SUD outcomes and treatment dropout. A retrospective chart review of Veterans who had received at least one session of CPT showed that Veterans with and without current and past alcohol use disorder did not differ in number of sessions attended and all showed PTSD symptom reduction (Kaysen et al., 2014). In a sample of 73 American Indian/Native American women with full or subthreshold PTSD and recent alcohol or substance use, a culturally modified version of CPT led to greater reductions in PTSD symptoms and substance use than six weeks of waitlist control (Pearson et al., 2019). A small pilot study of 12 participants showed that patients randomized to EMDR plus SUD treatment as usual showed greater PTSD symptom reduction than those randomized to SUD treatment as usual only (Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Further studies of CPT and EMDR with randomized controlled trial designs are critical as these trauma focused therapies are highly recommended for the treatment of PTSD in all (in the case of CPT) or most (in the case of EMDR) clinical practice guidelines for the treatment of PTSD (Hamblen et al., 2019).

Promising Directions and Gaps

Research over the past decade has moved the field of treating comorbid PTSD+SUD forward significantly, especially the documented effectiveness of PE concurrent or integrated with evidence based SUD treatment. However, many gaps and questions remain about how best to treat this comorbidity. While PE offered concurrently with SUD treatment is more effective than other treatment options for PTSD+SUD, attendance at any treatment among patients with PTSD+SUD is often low, treatment dropout in general is high, and effect sizes for PE for PTSD+SUD are smaller than in studies of PE for primary PTSD. A meta-analysis of PTSD+SUD treatment studies found dropout to range between 50 and 70% (it is important to note that this meta-analysis included early studies that included highly modified exposure protocols). While in PTSD treatment studies effect sizes for PE are generally large (Watts et al., 2013), for studies of

Doubly Randomized Preference Trial of Prolonged Exposure Versus Sertraline for Treatment of PTSD



Doubly Randomized Preference Trial of Prolonged Exposure Versus Sertraline for Treatment of PTSD
(Lori A. Zoellner et al. Am J Psychiatry, 2019 Apr 1;176(4):287-296.

- In a doubly randomized preference trial, 200 patients with PTSD viewed standardized treatment rationales prior to randomization. Patients were first randomized to choice of treatment or no choice. Those assigned to no choice were then randomized to prolonged exposure or sertraline. Acute treatment was 10 weeks, with 24-month follow-up. Interviewer-rated PTSD symptom severity was the main outcome measure, and depression, anxiety, and functioning were assessed as additional outcomes.
- Patients preferred prolonged exposure over sertraline (number needed to benefit [NNTB]=4.5). Using intent-to-treat analyses (N=200), both prolonged exposure and sertraline showed large gains that were maintained over 24 months. There was a significant benefit of prolonged exposure over sertraline on interview-rated loss of PTSD diagnosis (NNTB=7.0), responder status (NNTB=5.7), and self-reported PTSD, depression, and anxiety symptoms and functioning (effect sizes, 0.35–0.44). Patients who received their preferred treatment were more likely to be adherent, lose their PTSD diagnosis (NNTB=3.4), achieve responder status (NNTB=3.4), and have lower self-reported PTSD, depression, and anxiety symptoms (effect sizes, 0.40–0.72).
- Conclusions:

Prolonged exposure and sertraline confer significant benefits for PTSD, with some evidence of an advantage for prolonged exposure. Giving patients with PTSD their preferred treatment also confers important benefits, including enhancing adherence.

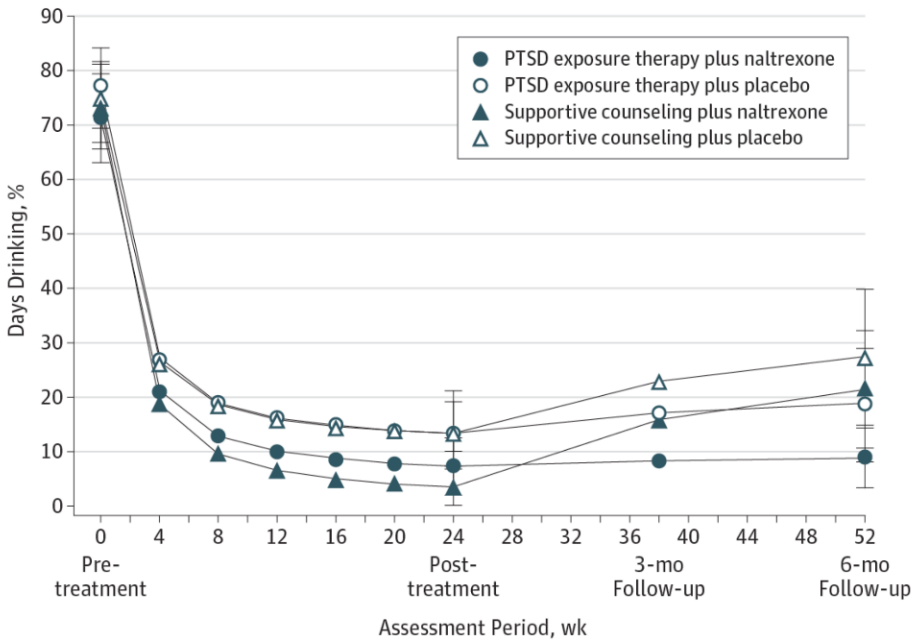
Traitements combinés

- Combining behavioral interventions and medication is one approach to improving treatment outcomes that has received less research attention, even though in clinical practice many patients receive both.
- Thus far, studies of medication to treat comorbid PTSD+SUD suggest that medications targeting PTSD (e.g., sertraline) tend to improve PTSD but not substance use outcomes, while medications targeting substance use (e.g., naltrexone for alcohol use) tend to improve substance use but not PTSD outcomes (Petrakis & Simpson, 2017).
- In a study of PE and naltrexone for PTSD and alcohol use disorder, the condition that received both had the smallest increases from post-treatment in percent days drinking at six-month follow-up (Foa et al., 2013). A study of Seeking Safety and sertraline showed that the condition that received both had greater decreases in PTSD symptom severity than the condition that received Seeking Safety and placebo (Hien et al., 2015). In a sample of patients with Opiod Use Disorder (OUD) those who received PTSD treatment had better retention in buprenorphine maintenance treatment than those who were not in PTSD treatment (Meshberg- Cohen et al., 2019).
- Further research is needed to understand if the synergy of behavioral intervention and medication may help comorbid patients engage in and benefit from treatment.

The JAMA Network

From: **Concurrent Naltrexone and Prolonged Exposure Therapy for Patients With Comorbid Alcohol Dependence and PTSD: A Randomized Clinical Trial**

JAMA. 2013;310(5):488-495. doi:10.1001/jama.2013.8268



No. of patients									
PTSD exposure therapy									
Plus naltrexone	40	40	38	34	34	31	28	26	21
Plus placebo	40	40	39	34	33	29	28	25	23
Supportive counseling									
Plus naltrexone	42	41	37	34	34	31	31	28	19
Plus placebo	43	41	40	36	36	35	34	32	26

Mean Percentage of Days Drinking During Treatment and Follow-up Preliminary growth curve analyses indicated that change during treatment was nonlinear and modeling time using a hyperbolic transformation of the number of weeks (time = 1 − [1/{weeks + 1}]) yielded the best fit to the data with drastic decreases in percentage of days drinking during the earlier part of treatment that flattened out over time.

Et selon les TUS ? Opioïdes, cannabis médical…

- OUD and cannabis use disorder (CUD) are two SUDs that are of particular interest given that, among other factors, overprescription of opioids and changing laws creating easier access to cannabis have led to increases in addiction to both of these substances over the past decade.
- OUD and CUD are also complicated by the fact that opioids and cannabis may be prescribed or recommended for common co-occurring conditions (and for the treatment of PTSD in the case of CUD, even though efficacy data from clinical trials showing cannabis as an effective PTSD treatment is lacking (e.g., Hindocha et al., 2019).
- Clinicians report that it can be more challenging to raise patients' motivation to change when patients believe the substances have prescribed beneficial effects.
- Preliminary studies with comorbid PTSD+OUD suggest that getting PTSD treatment improves retention in buprenorphine maintenance treatment for OUD (Meshberg-Cohen et al., 2019), and that a modified version of PE helps reduce PTSD symptoms and opioid cravings more than non-trauma focused treatment (Peck et al., 2018).
- More research on how to raise awareness of problematic use and addiction to opioids and cannabis and how to treat patients who have these SUDs comorbid with PTSD is needed.

Une pathologie duelle

From: Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature

(Jacobsen et al. American Journal of Psychiatry 2001

PTSD Symptoms of Increased Arousal	Symptoms of CNS Depressant Withdrawal
Difficulty falling or staying asleep	Insomnia
Irritability or outbursts of anger	Psychomotor agitation
Difficulty concentrating	Anxiety
Hypervigilance	Autonomic hyperactivity
Exaggerated startle response	Increased hand tremor
	Transient hallucinations
	Nausea or vomiting
	Seizures

From the DSM-IV criteria for PTSD, alcohol withdrawal, and sedative, hypnotic, or anxiolytic withdrawal.

PTSD/TUS : des chevauchements de symptômes (stress/addiction)

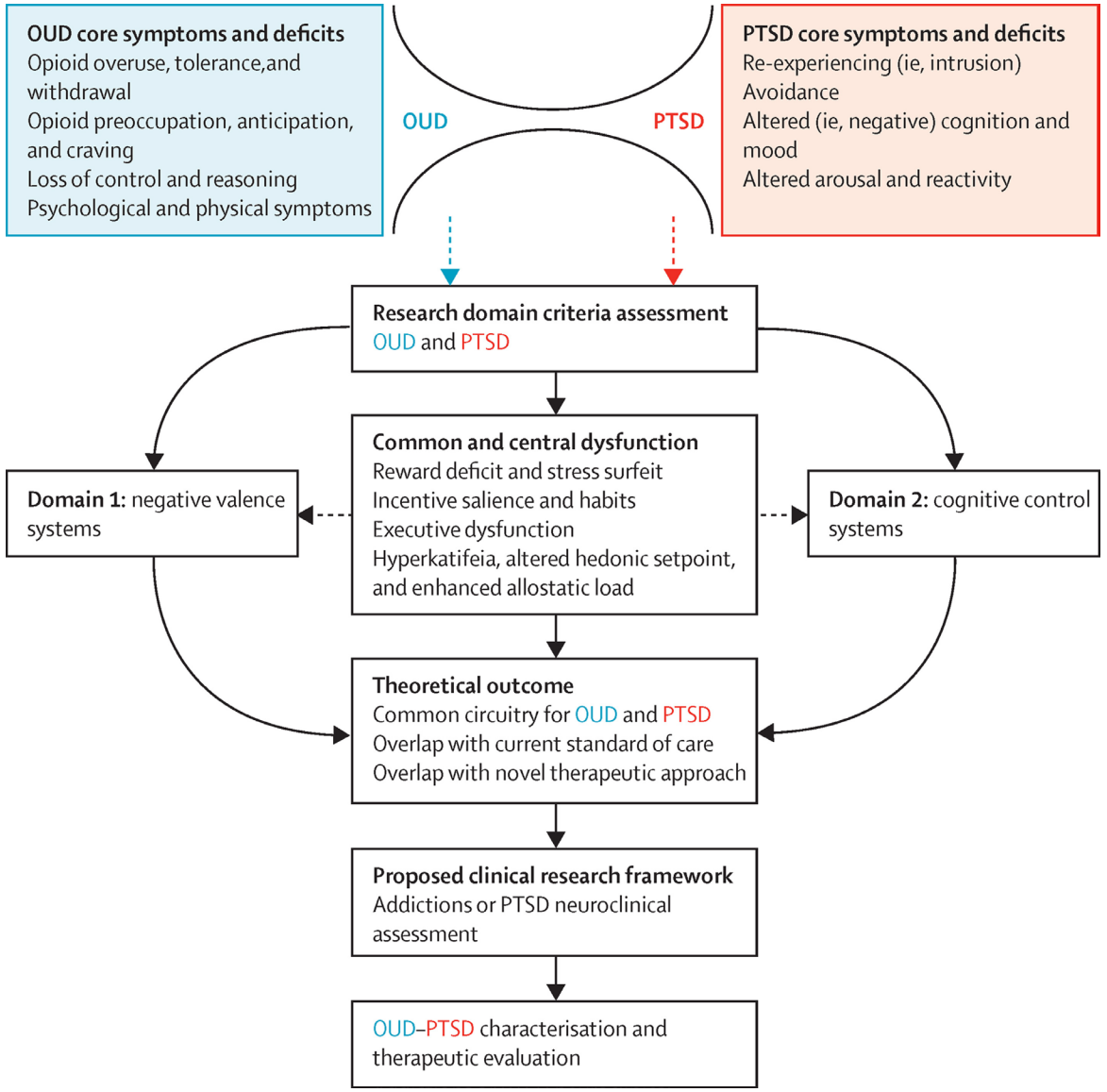
- Sevrage alcool-opiacés-BZD/symptômes PTSD : hyperactivité du SNA (sueurs, tachycardie, hypervigilance, hyperréactivité, anxiété, troubles du sommeil)
- Intoxication cannabis/symptômes PTSD : anxiété, tachycardie, hyperréactivité
- Intoxication hallucinogènes
- Intoxication cocaïne-stimulants/PTSD : tachycardie, sueurs, agitation psychomotrice, hypervigilance, hyperréactivité

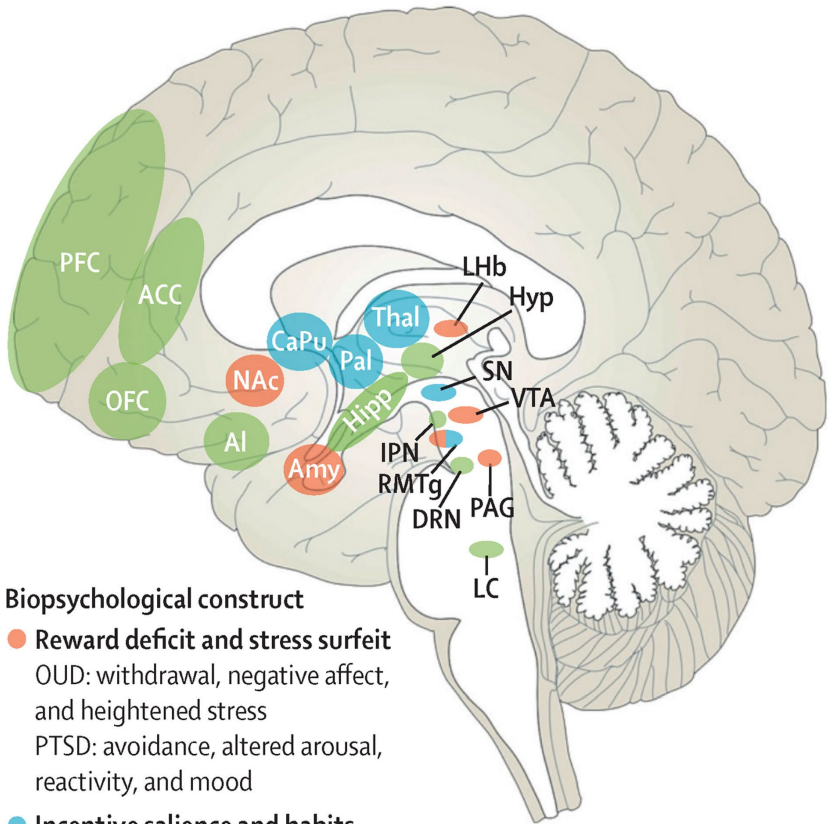
Neurocircuitry basis of the opioid use disorder–post-traumatic stress disorder comorbid state: conceptual analyses using a dimensional framework

Jaymin Upadhyay,..., George F Koob and Rudy Schreiber

The Lancet Psychiatry, 2022, 9, 1: 84-96

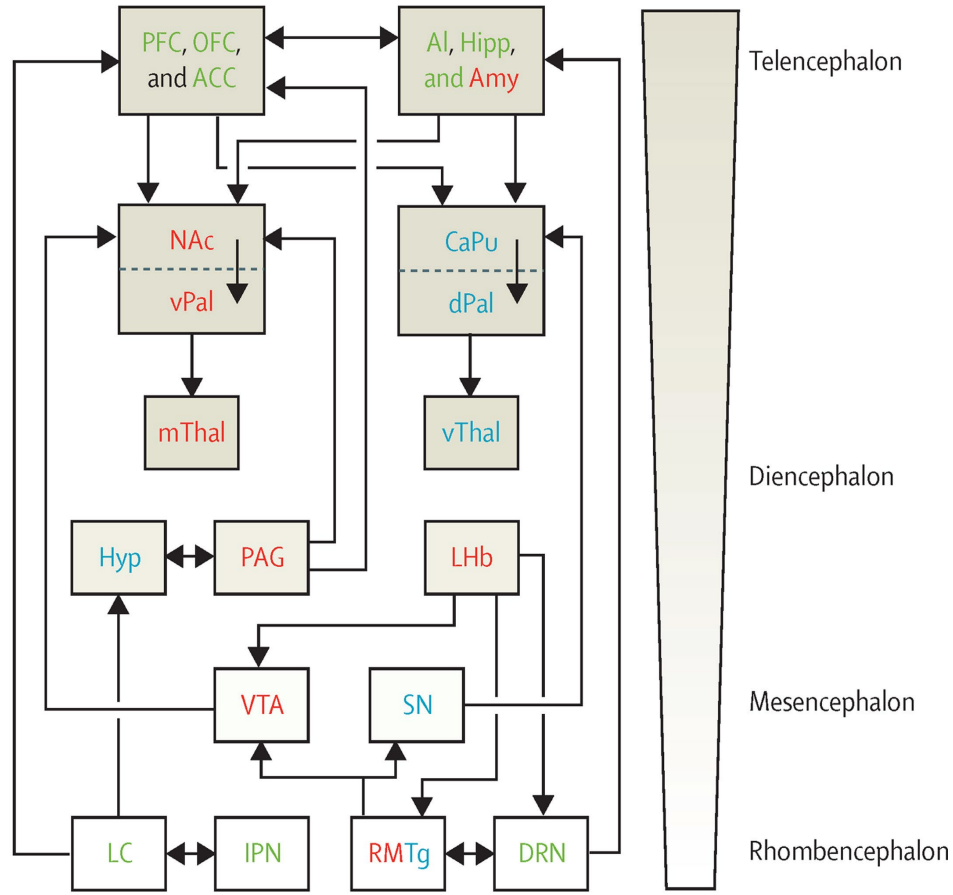
OUD/PTSD *Overlap*





Biopsychological construct

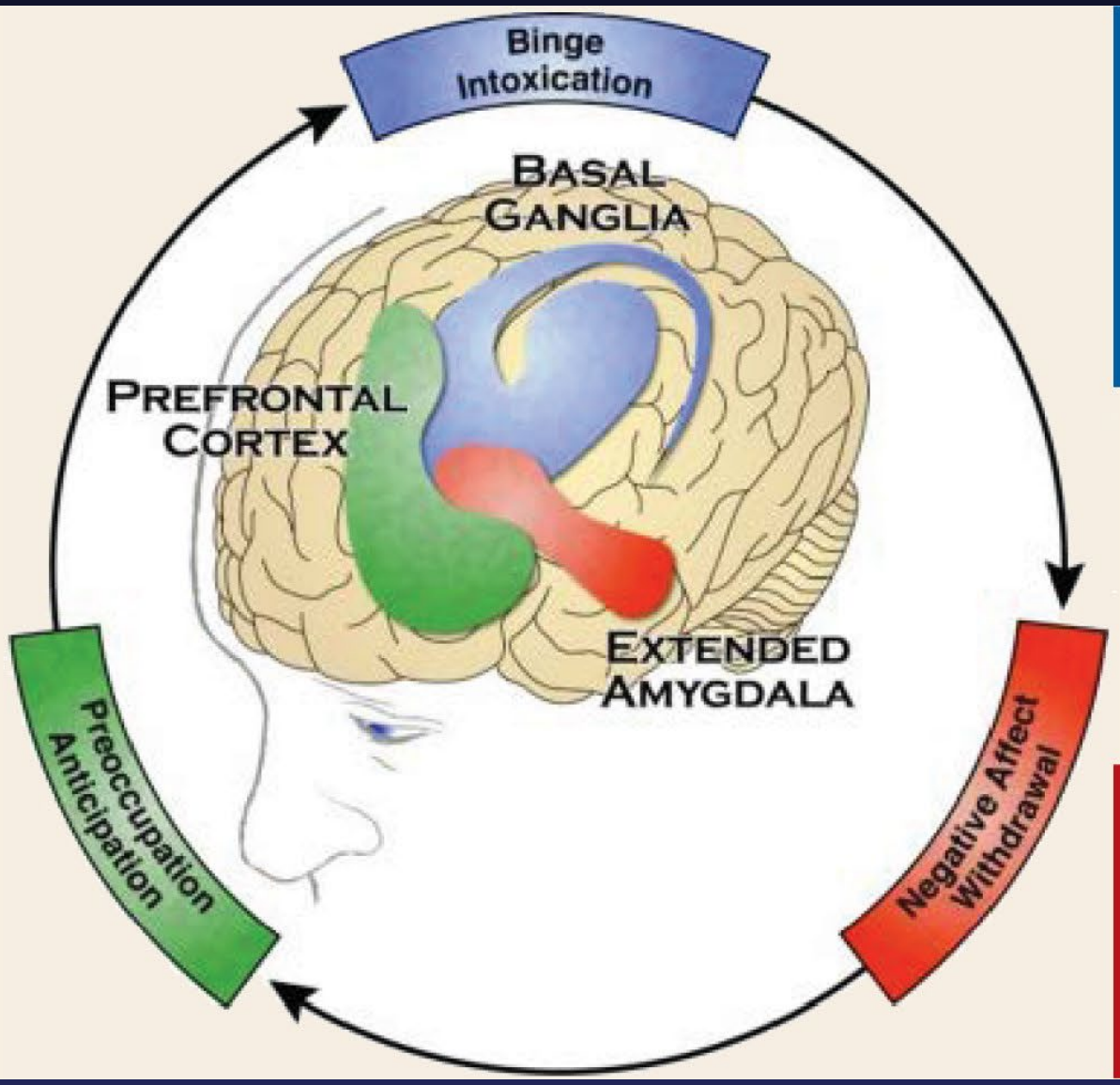
- **Reward deficit and stress surfeit**
  OUD: withdrawal, negative affect, and heightened stress
  PTSD: avoidance, altered arousal, reactivity, and mood
- **Incentive salience and habits**
  OUD: intoxication
  PTSD: avoidance, altered arousal, reactivity, and mood
- **Executive dysfunction**
  OUD: preoccupation and expectancy
  PTSD: re-experiencing, avoidance, and altered cognition



Upadhyay et al, The Lancet Psychiatry, 2022, 9, 1: 84-96

Restore Response to Natural Rewards and Inhibit Drug Reward
NK1 antagonist
Lorcaserin
Oxytocin
Pregnenolone
Gabapentin
Topiramate
Vaccines

Restore Executive Control Over Drug Use
NK1 antagonist
N-acetylcysteine
Modafinil
TMS, tDCS



Manage Withdrawal and Restore Balance to Stress Response
KOR antagonists
Lofexidine
Gabapentin
N-acetylcysteine
Peripheral nerve stimulation

Médicaments (Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD, *Flanagan et al. Curr Psychiatry Rep. 2016*)

- SSRI (sertraline)
- NRI, SNRI (desipramine)
- Association avec naltrexone
- Prazosine, doxazosin (cauchemars)
- N-acétylcystéine
- Ocytocine
- Topiramate
- Importance des associations avec des interventions psychosociales

Addiction et stress post-traumatique: vers un traitement commun ? (Revue du CNRS, 2019)

- « Et si l'on essayait de soigner le trouble du stress post-traumatique (TSPT) et l'addiction aux drogues en agissant sur… la mémoire ! » C'est la nouvelle piste proposée sur la base de récents travaux qui s'appuient sur les nombreux points communs entre le TSPT et la dépendance à des substances comme l'alcool ou la cocaïne. Deux pathologies caractérisées par des réactivations des souvenirs pathologiques, qui les rendent alors malléables nous permettant d'intervenir en ajoutant de nouvelles informations.
- Les points communs entre l'addiction aux drogues et le TSPT sont nombreux. L'un comme l'autre ne se développe que chez certains sujets exposés à des événements extrêmes et opposés qui peuvent être schématiquement décrits comme très négatifs (trauma) ou très positifs (drogue). Les facteurs de prédisposition sont sensiblement les mêmes : milieu social défavorisé, traumatisme précoce, facteur génétique. Et de nombreux symptômes sont identiques : troubles du sommeil et de l'attention, retrait social, anxiété, dépression et indifférence affective. De plus ces pathologies sont caractérisées par un fort taux de comorbidité (l'association de ces deux maladies est en effet observée dans près de 40 % des cas).

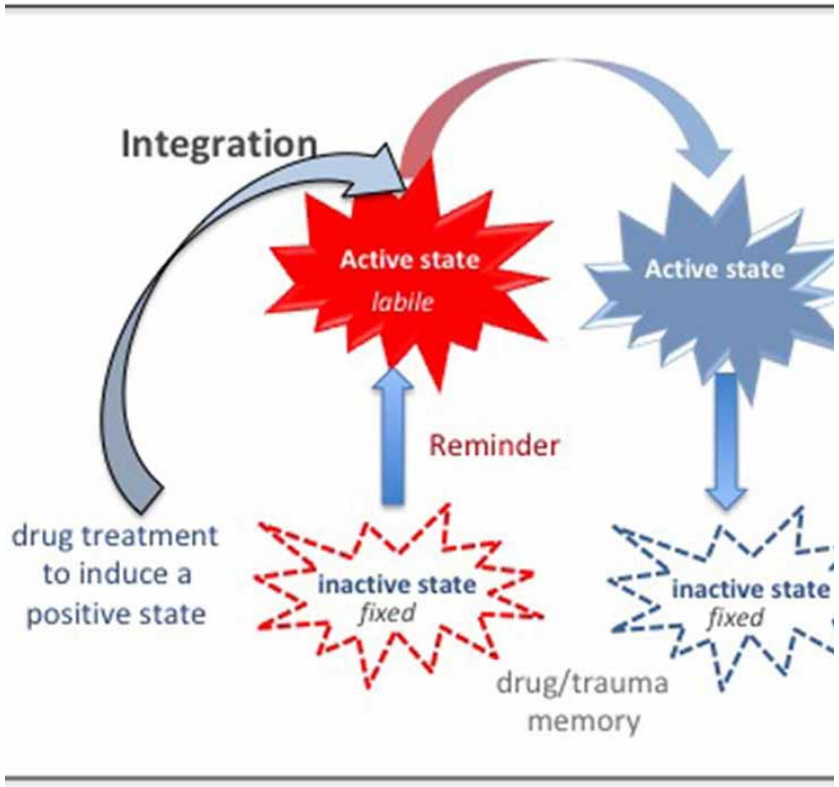
- *«Post Traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder as Two Pathologies Affecting Memory Reactivation : Implications for New Therapeutic Approaches», P. Gisquet-Verrier, C. Le Dorze, «Frontiers in Behavioral Neuroscience»,*

Indices de rappel et hypersensibilité

- Une origine physiologique commune ?
- Elles se caractérisent par une hypersensibilité aux indices de rappel (comme des lieux, des objets, des personnes associées au traumatisme ou à la prise de drogue). Ces indices de rappel sont connus pour déclencher des réactivations de souvenirs, prenant la forme de reviviscences (*flash-back*), ou des envies irrépressibles de drogue (*craving*).
- Ces réactivations répétées, caractéristiques des deux pathologies, pourraient être à l'origine des nombreux symptômes communs.
- Hypothèse : l'exposition à un traumatisme d'une intensité extrême pourrait avoir le même effet qu'une prise de substance psychoactive et briser l'autocontrôle des systèmes monoaminergiques, notamment ceux de la noradrénaline et de la sérotonine qui ont un effet important sur la réactivation des souvenirs.
- Le découplage qui en résulte provoque une hypersécrétion de monoamines qui pourrait être à l'origine de l'hypersensibilité aux indices de rappel.

Créer une ambiance calme et sécure, adjoindre un pré-traitement, remodelage émotionnel

- Le principe repose sur la malléabilité des souvenirs réactivés et sur leurs capacités à intégrer de nouvelles informations.
- Il s'agit de placer les sujets dans un état de bien-être et de confiance grâce à l'administration d'un traitement pharmacologique capable de diminuer fortement leur réactivité émotionnelle.
- Dans un second temps, les sujets sont exposés à d'indices de rappel étroitement associés au traumatisme afin d'induire la réactivation du souvenir. Le prétraitement permet de réduire notablement la composante émotionnelle du souvenir réactivé.
- Grâce à la malléabilité du souvenir réactivé, cette composante émotionnelle réduite va ensuite s'intégrer au souvenir, diminuant ainsi son caractère pathologique. Ainsi actualisé, le souvenir est bel et bien modifié.



EMOTIONAL REMODELING

Remodelage émotionnel en addicto

- Ce remodelage émotionnel est déjà connu dans le monde du psychotrauma (propranolol, amphétamine, MDMA, ocytocine…)
- Mais des données très encourageantes ont été obtenues avec du propranolol en addicto chez des patients cocaïnomanes (réduction du *craving*)
- *« Cocaine Use Disorder Treated with Specific Cognitive Behavioral Therapy and Adjunctive Propranolol », M.-V. Chopin et al, Psychother Psychosom, 2016, 85(1):61 doi: 10.1159/000441036.*
- *A double blind, placebo-controlled study of the effects of postretrieval propranolol on reconsolidation of memory for craving and cue reactivity in cocaine dependent humans, Saladin et al., Psychopharmacology, 2013*
- *Reactivating addiction-related memories under propranolol to reduce craving: A pilot randomized controlled tria, Lonergan... Alain Brunet, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2015*

La méthode Brunet en addicto ?

(Lonergan, 2015)

- Background: The reconsolidation blocker propranolol abolishes alcohol and drug-seeking behavior in rodents and attenuates conditioned emotional responses to drug-cues in humans in experimental settings. This suggests a role for its use in the treatment of substance dependence. In this translational pilot study, we explored the feasibility and efficacy of this procedure as an adjunct treatment for addiction. We hypothesized that guided addiction-related memory reactivation under propranolol would significantly attenuate tonic craving, a central element in relapse following addiction treatment.
- Methods: Seventeen treatment-seeking adults diagnosed with substance dependence were randomized to receive double-blind propranolol (n ¼ 9) or placebo (n ¼ 8) on six occasions prior to reading a personalized script detailing a drug-using experience. The primary outcome measure was self-reported craving intensity.
- Results: After controlling for baseline craving scores, intent-to-treat analysis revealed a time by group interaction, F(1, 14) ¼ 5.68, p ¼ .03, h2 ¼ 0.29; craving was reduced in the propranolol-treated group (Cohen's d ¼ 1.40, p < .05) but not in the placebo group (d ¼ 0.06, n.s.).
- Limitations: The usual limitations related to small sample size and the lack of a follow-up apply here.
- Conclusion: Drug-related memory reactivation under propranolol can subsequently reduce craving among substance-dependent individuals. Considering the relapse rate among individuals treated for substance dependence, our study highlights the feasibility of, and need for, more comprehensive trials of this treatment approach.

Impairing memory reconsolidation with propranolol in healthy and clinical samples: a meta-analysis

Sereena Pigeon et al., 2022: *J Psychiatry Neurosci 2022 March 31;47(2).*

- Background: Reconsolidation impairment using propranolol is a novel intervention for mental disorders with an emotional memory at their core. In this systematic review and meta-analysis, we examined the evidence for this intervention in healthy and clinical adult samples.
- Methods: meta-analysis of 14 studies (n = 478) in healthy adults and 12 studies in clinical samples (n = 446).
- Results: Compared to placebo, reconsolidation impairment under propranolol resulted in reduced recall of aversive material and cue-elicited conditioned emotional responses in healthy adults, as evidenced by an effect size (Hedges g) of −0.51. Moreover, compared to placebo, reconsolidation impairment under propranolol alleviated psychiatric symptoms and reduced cue-elicited reactivity in clinical samples with posttraumatic stress disorder, addiction or phobia (g = −0.42,).
- Limitations: Methodological differences between studies posed an obstacle for identifying sources of heterogeneity.
- Conclusion: Reconsolidation impairment is a robust, well replicated phenomenon in humans. Its clinical use is promising and deserves further controlled investigation.

Remodelage émotionnel

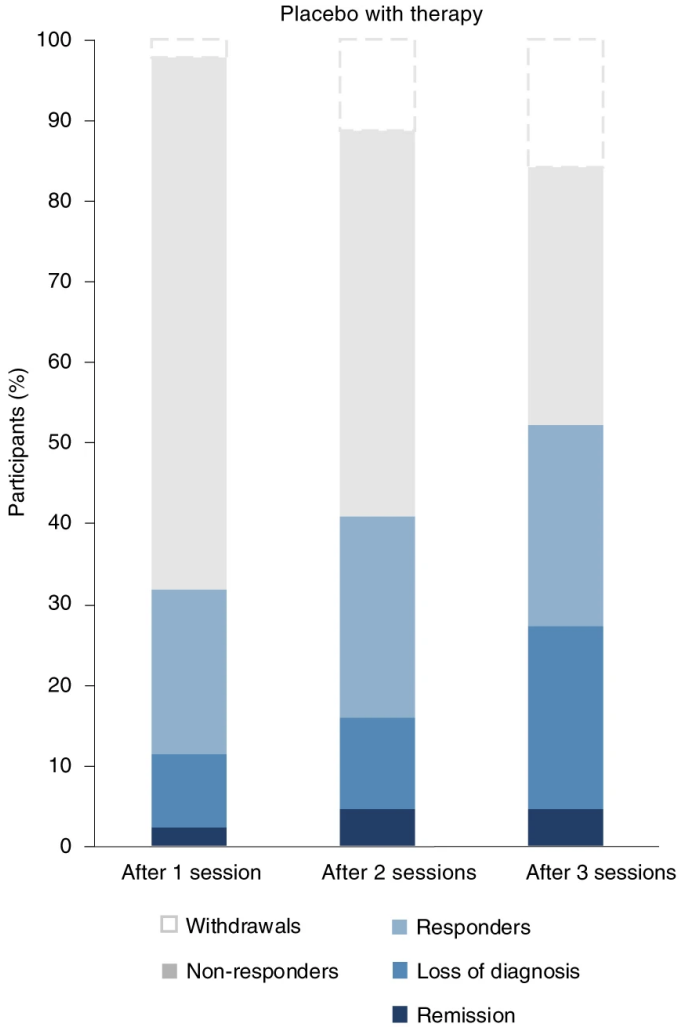
- Le remodelage émotionnel permettrait d'expliquer l'efficacité de diverses approches psychothérapeutiques comme l'EMDR (« *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* »), la méditation, l'ACT…
- Tous ces traitements adoptent un scénario comparable : une relation de confiance avec le patient leur permettant d'atteindre un état de détente et de bien-être, précédant la réactivation du souvenir pathologique.
- Le remodelage émotionnel propose de renforcer cet effet grâce à un agent pharmacologique (amphétamine, MDMA, ocytocine, propranolol…)
- Approches complémentaires (psycho- et pharmacothérapies)

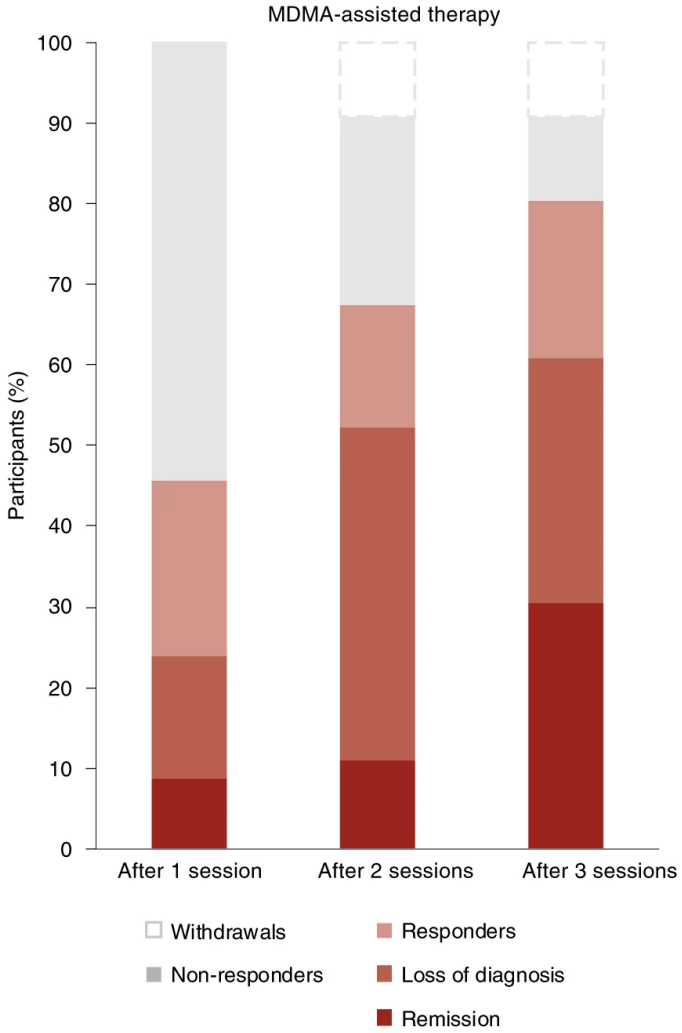
MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study *(Mitchell et al., Nature Medicine, 2021)*

- We report the findings of a phase 3 clinical trial to test the efficacy and safety of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted therapy for the treatment of patients with severe PTSD, including those with common comorbidities such as dissociation, depression, a history of alcohol and substance use disorders, and childhood trauma.
- After psychiatric medication washout, participants (n = 90) were randomized 1:1 to receive manualized therapy with MDMA or with placebo, combined with three preparatory and nine integrative therapy sessions. PTSD symptoms, measured with the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5, the primary endpoint), and functional impairment, measured with the Sheehan Disability Scale (SDS, the secondary endpoint) were assessed at baseline and at 2 months after the last experimental session. Adverse events and suicidality were tracked throughout the study.
- MDMA was found to induce significant and robust attenuation in CAPS-5 score compared with placebo ($P < 0.0001$, $d = 0.91$) and to significantly decrease the SDS total score ($P = 0.0116$, $d = 0.43$). The mean change in CAPS-5 scores in participants completing treatment was −24.4 (s.d. 11.6) in the MDMA group and −13.9 (s.d. 11.5) in the placebo group. MDMA did not induce adverse events of abuse potential, suicidality or QT prolongation.
- These data indicate that, compared with manualized therapy with inactive placebo, MDMA-assisted therapy is highly efficacious in individuals with severe PTSD, and treatment is safe and well-tolerated, even in those with comorbidities. We conclude that MDMA-assisted therapy represents a potential breakthrough treatment that merits expedited clinical evaluation.

Treatment response and remission for MDMA and placebo groups

(as a percentage of total participants randomized to each arm (MDMA, n=46; placebo, n=44)





Alors que faire ?

Repérage, accès aux soins, integration, continuité

Un exemple d’action : projet FA/CN2R

FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

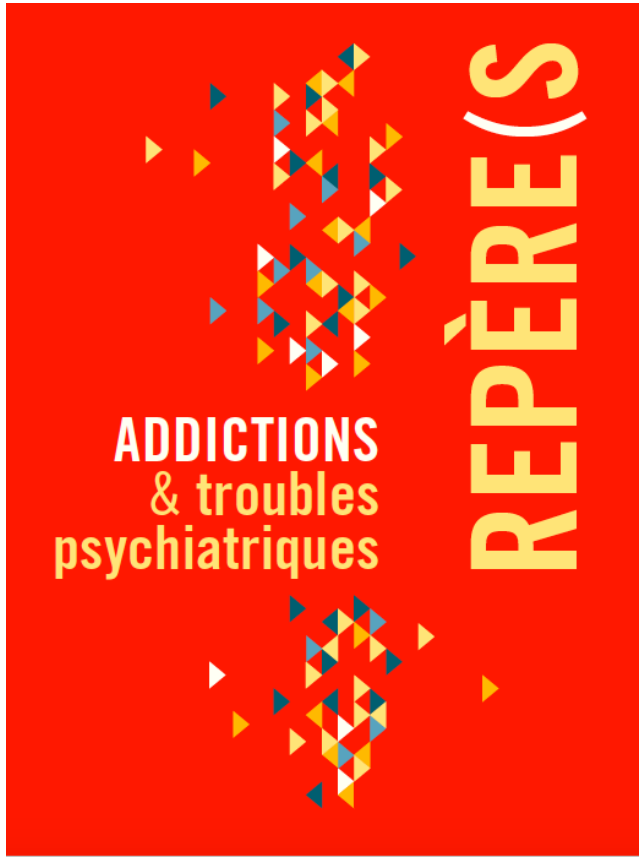
Centre National de Ressources et de Résilience

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

Présentation du projet PsychoTraumAddicto

2021-2023

Projet « Addictions et Troubles Psychiatriques » de la Fédération Addiction



- Démarche participative 2016-2019 => Publication du guide
- Organisation de journées à l'échelle régionale et nationale => Journée du 16 mars en présence du Ministre des Solidarités et de la Santé
- 1 660 participants
- Formation continue « psychotraumatismes et addictions ».

Carte d’identité du projet

- Fonds de lutte contre les addictions, AAP « Mobilisation de la société civile » 2020 (CNAM)

- Un projet sur 3 ans : 2021-2023

- Co-référents : Dr Jean-Michel Delile (CEID-Addictions, Président de la Fédération Addiction), Pr Georges Brousse (CHU de Clermont-Ferrand)

- Partenaires : CN2R, CHU de Clermont-Ferrand.

Objectif et enjeux du projet

Objectif :

Améliorer le repérage et l’accompagnement des troubles addictifs et TSPT co-occurents.

Enjeux :

- Co-occurrence forte entre TUS et TSPT - diagnostics aggravés ;
- Développement de 12 Centres régionaux du psychotraumatisme + antennes locales sur le territoire ;
- Amélioration des outils de repérage et d’accompagnement disponibles ;
- Défaut d’interconnaissance et de coordination CSAPA/CRP et défaut de repérage et d’accompagnement adapté.

Une modalité de travail conjoint pour penser un protocole de repérage et d'accompagnement adapté aux besoins.

Acteurs du projet

Acteurs en présence :

- 9 CSAPA sélectionnés sur 3 sites => 1 binôme par CSAPA
- 3 Centres régionaux du psychotraumatisme sur ces mêmes sites => 1 binôme par CRP.
- Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire

Instances partenariales et institutionnelles du projet :

- Comité de suivi en charge de l'ingénierie
- Comité de pilotage
- Comité scientifique pour élaborer les kits d'intervention et de formations croisées
- Une équipe d'évaluation => CHU de Clermont-Ferrand.

Conclusions :
du point de vue des CSAPA

- Repérer des vulnérabilités psychotraumatiques en amont : non seulement facteurs causaux mais aussi facteurs d'entretien, d'aggravation et de récidive
- Repérer des complications traumatiques en aval
- Urgente nécessité de formation au repérage et à l'accompagnement des psychotraumatismes
- Décloisonnement des filières de formation et de prise en charge, transversalité, coordination, synthèses : CRP
- (co)formations croisées, (re)créer une culture commune !
- Échange de stagiaires, d'internes
- Équipes mixtes (ex. équipes mobiles pédopsy/CJC)
- Collaborations, ex : coportage FA/CN2R du projet PsychoTraumAddicto
- Approche intégrée !

FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

Merci !

jm.delile@federationaddiction.fr

"Do you want the real remedy?
STOP CHASING CATS!"

COFOR

Entre psychoéducation et autosupport

Dr Aurélie Tinland (équipe MARSS - APHM)

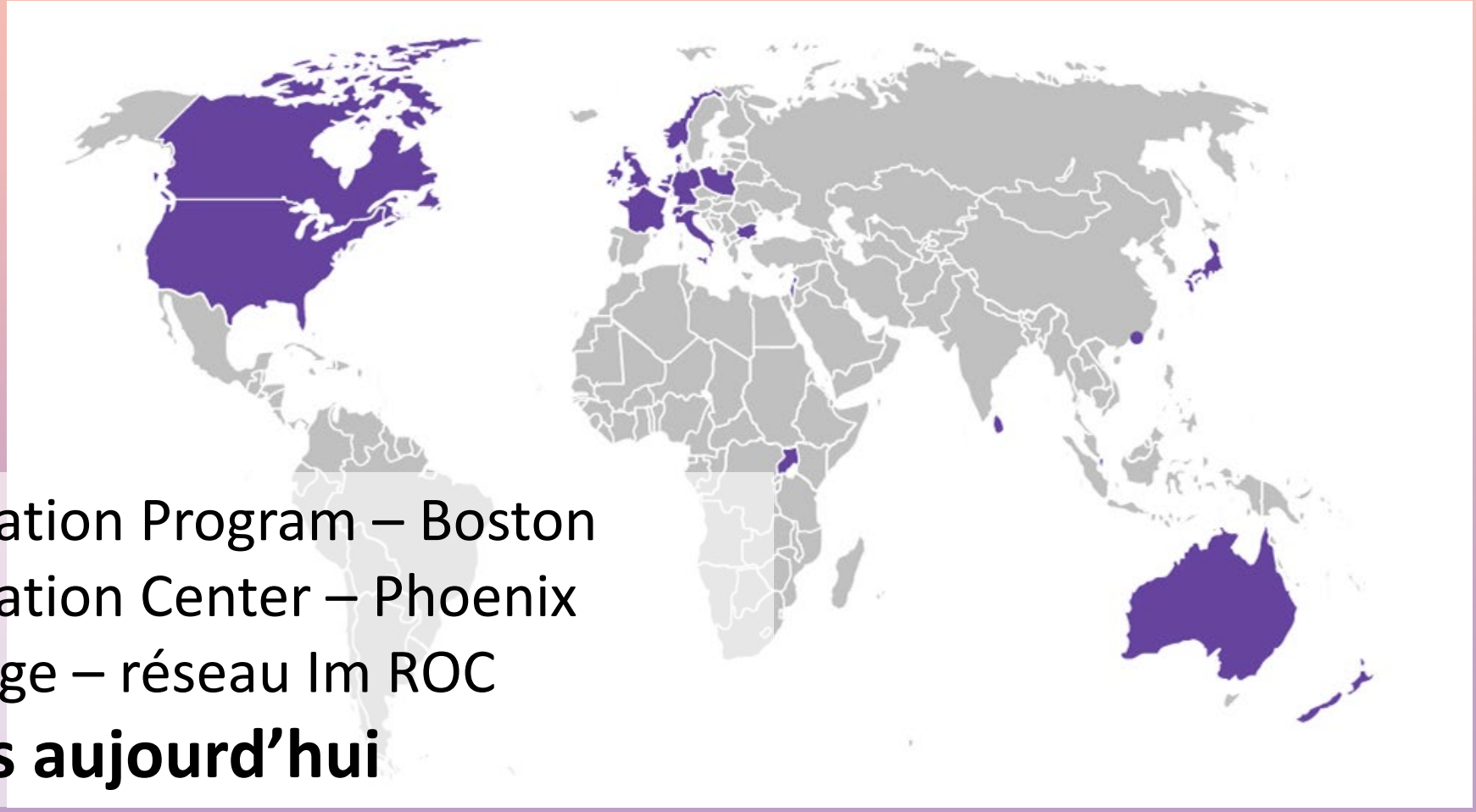
Journée Occitanie Pathologie duelle - 19/09/2023

Le modèle *Recovery College*

- Apprendre à se rétablir: une approche éducative
  - Cours animés avec des pairs > importance de l'expérience vécue
  - Échanges d'expériences et de stratégies face aux troubles – *« personal medicine »*
  - Apprendre des autres étudiants > « co-apprentissage »

- Localisation dans un « vrai » lieu de formation
  - Déstigmatisation
  - Autodétermination

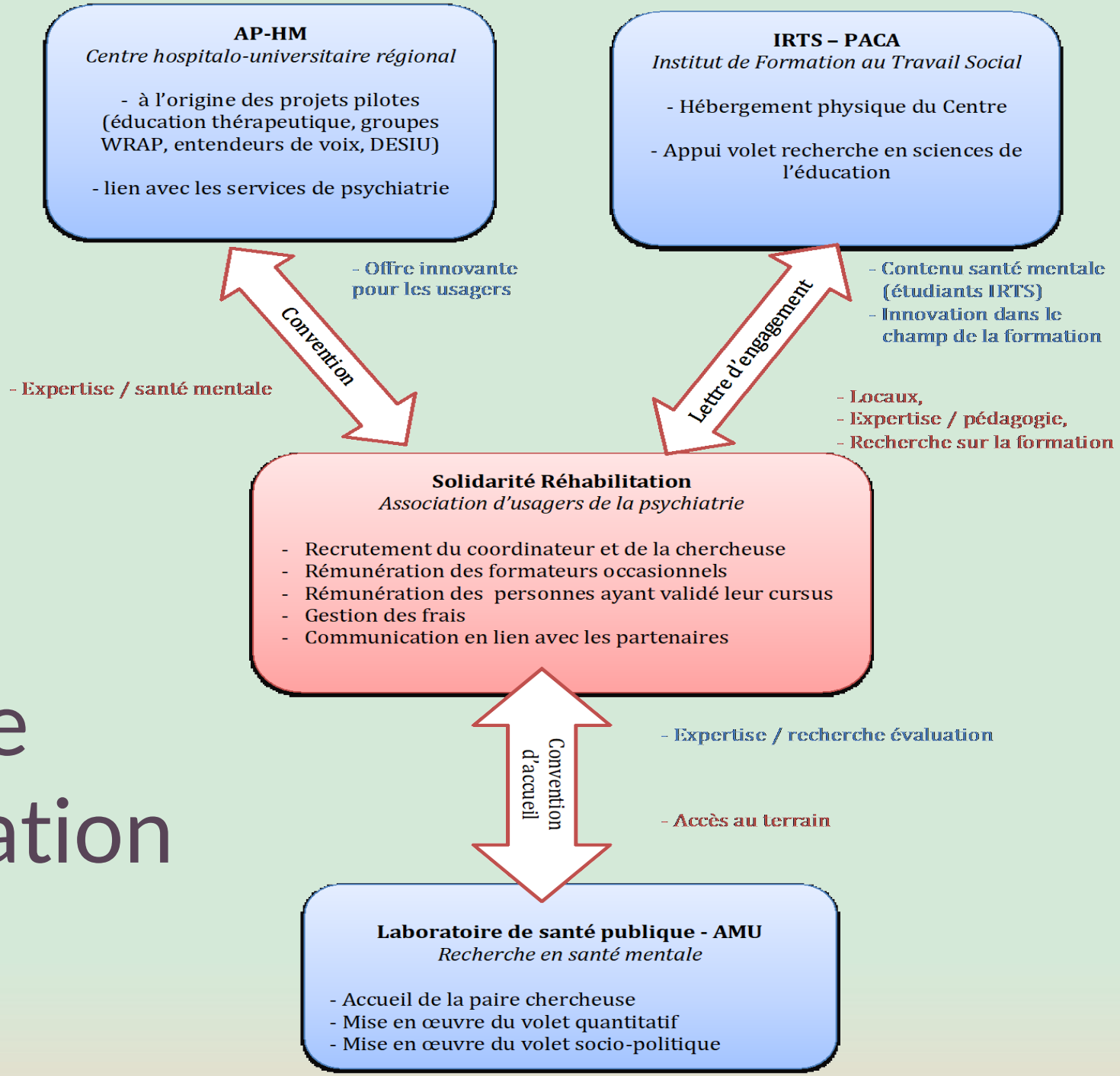
Le modèle *Recovery College*

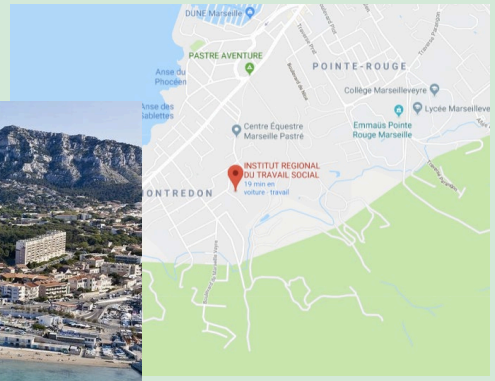


Recovery Education Program – Boston
Recovery Education Center – Phoenix
Recovery College – réseau Im ROC

→ 28 pays aujourd'hui

Le portage de l'expérimentation en France





En pratique

Des cours regroupés en modules de formation

Situés dans un lieu de formation

- Importance du lieu : espoir, dynamique
  - Les personnes ne sont pas des « malades » comme dans un hôpital mais des « étudiants »

Facilités par des pairs

- Repose sur l’appropriation de savoirs, de compétences par le faire ensemble, le travail en groupe, la mutualisation des expériences - les savoirs expérientiels
  - Pas d’asymétrie entre étudiants et facilitateurs

Les modules

Dans leur forme, ils reprennent des éléments paradigmatiques du rétablissement : pas d'animateur, ni d'éducateur, mais un-e coordinateur/trice et un-e facilitateur/trice.
12 étudiants max par module – 24h de formation par module – 2 modules max par étudiant par trimestre
250€ sous conditions d'assiduité - Viser la motivation passe aussi par une rémunération (!)

Plan de rétablissement

Ce module, à la fois un « programme individuel », comme son nom l'indique, est également un outil collectif favorisant l'empowerment, pratiqué de façon privilégiée dans le cadre de groupes de type auto-support, ou « en face à face ».

Droits

La connaissance des droits des usagers, le plaidoyer et l'entraide au centre du module afin de mieux adapter sa présentation et son discours.

Vivre avec

Le principe et la philosophie de la réduction des risques et des dommages reposent sur la prise en compte des pratiques et usages des personnes pour concrétiser des stratégies de mieux-être.

Bien-être

Ce module est centré sur le bien être en pratique. Méditer, apprendre des techniques de respiration, techniques de soi et découverte de l'environnement sont des solutions concrètes pour se rétablir.

Les piliers du projet CoFoR

- PSYCHO-EDUCATION, RETABLISSEMENT ET EMPOWERMENT

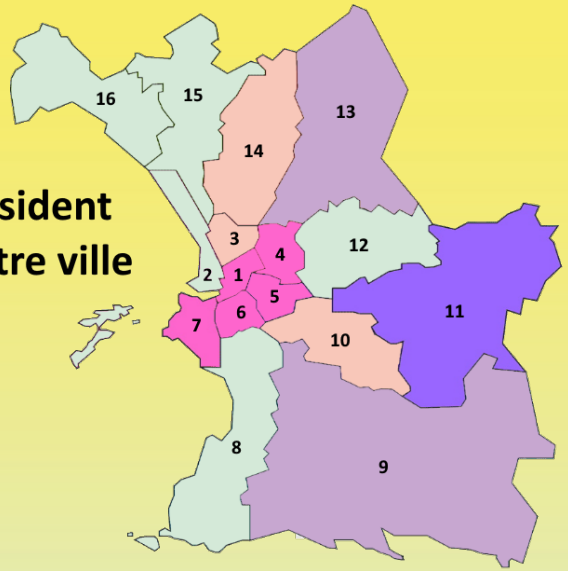
- Former les personnes souffrant de troubles psychiatriques à la connaissance de soi, à la connaissance de leurs troubles et des moyens d'y faire face
- Développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes en s'appuyant sur leurs choix et leurs forces
- Lutter contre l'auto-stigmatisation, par l'implication de nombreux pairs dans l'équipe ainsi que par le contenu des formations
- Améliorer le bien-être, la connaissance et l'acceptation de soi
- Reconnaître et promouvoir le droit à l'information pour tous
- Favoriser l'empowerment
- Faire connaître, promouvoir les pratiques orientées autour du rétablissement en santé mentale, autant auprès des usagers que des professionnels et de la population générale

- PARTICIPATIF :

- Réunions participatives tous les Lundis (Focus Group)
- Un comité pédagogique tous les trimestres (COPED)
- Un comité de pilotage par an (COPIL)
- Co-construction de contenus par les étudiants
- Evaluation de la formation émanant des étudiants

Qui sont les étudiants?

DOMICILIATION - AGE - GENRE



50% résident en centre ville

18 % résident en dehors de Marseille

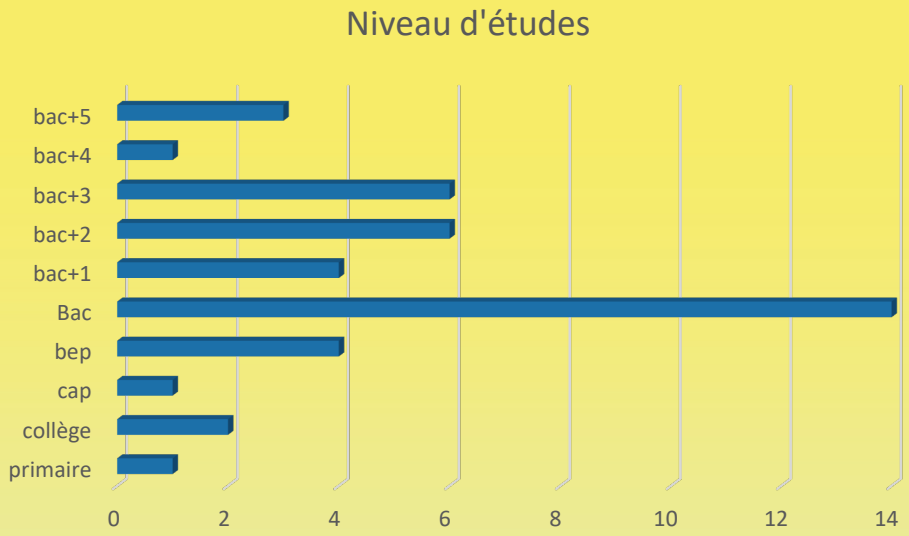
La Ciotat, Gemenos, Aix-en-Provence, Cassis, Cisteron, Ventabren, Pertuis, Martigues, Toulon,...

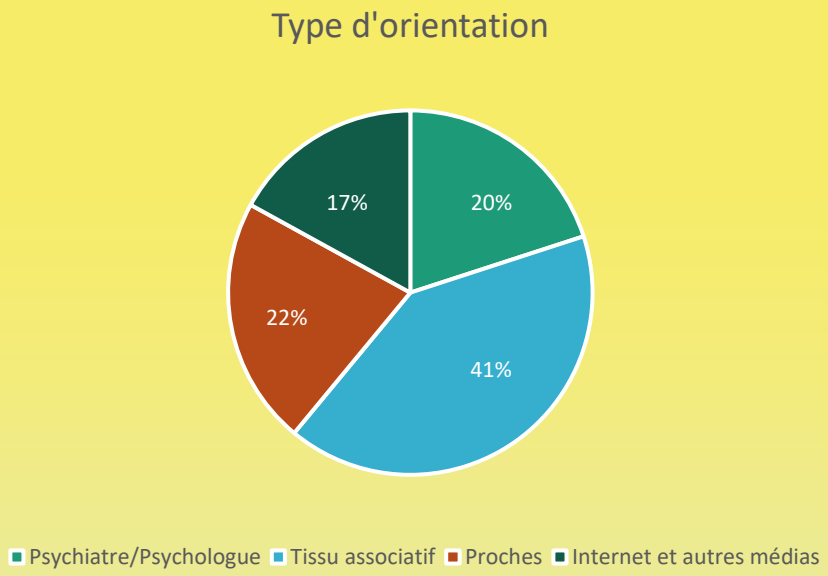
47% **53%**

AGE MOYEN = 43 ANS

Qui sont les étudiants?

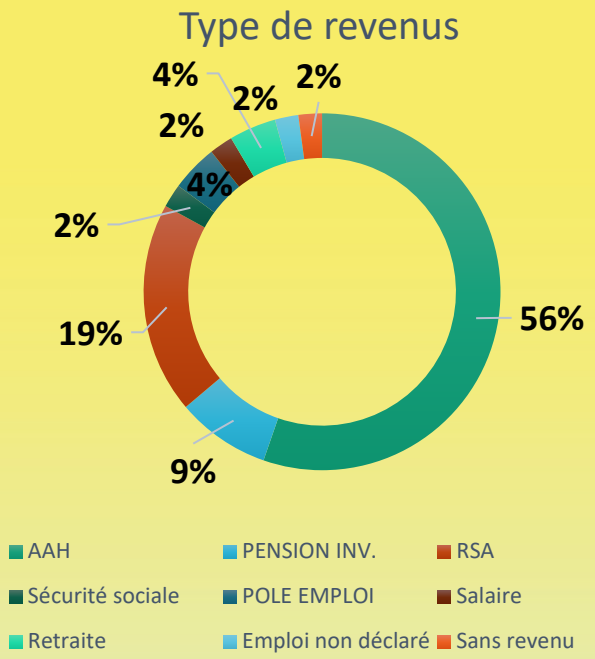
NIVEAU DE DIPLÔME - ORIENTATION

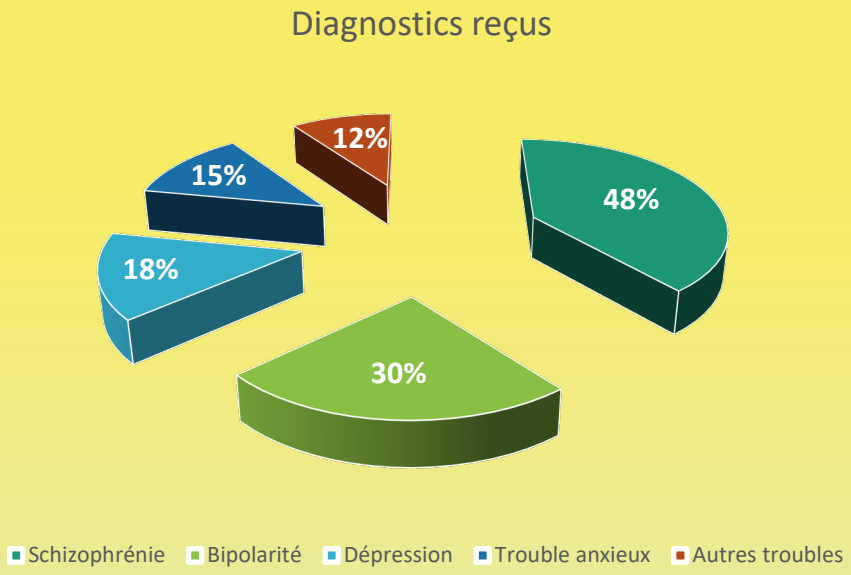




Qui sont les étudiants?

TYPE DE REVENU - DIAGNOSTICS RECUS





- 86% des étudiants ont déjà été hospitalisés en psychiatrie.
- 37% des étudiants ont déjà été hospitalisés sous contrainte.
- 18% ont une mesure de protection de type tutelle ou curatelle

Évaluation du projet

DIMINUTION DE L'AUTO-STIGMATISATION (N=207)

Baisse significative du score ISMI-10

81% s'autostigmatisent en début de trimestre versus 70% à la fin

AMELIORATION DE L'EMPOWERMENT (N=192)

Dimension 'Acquisition d'habiletés et de techniques' *P=0,009*

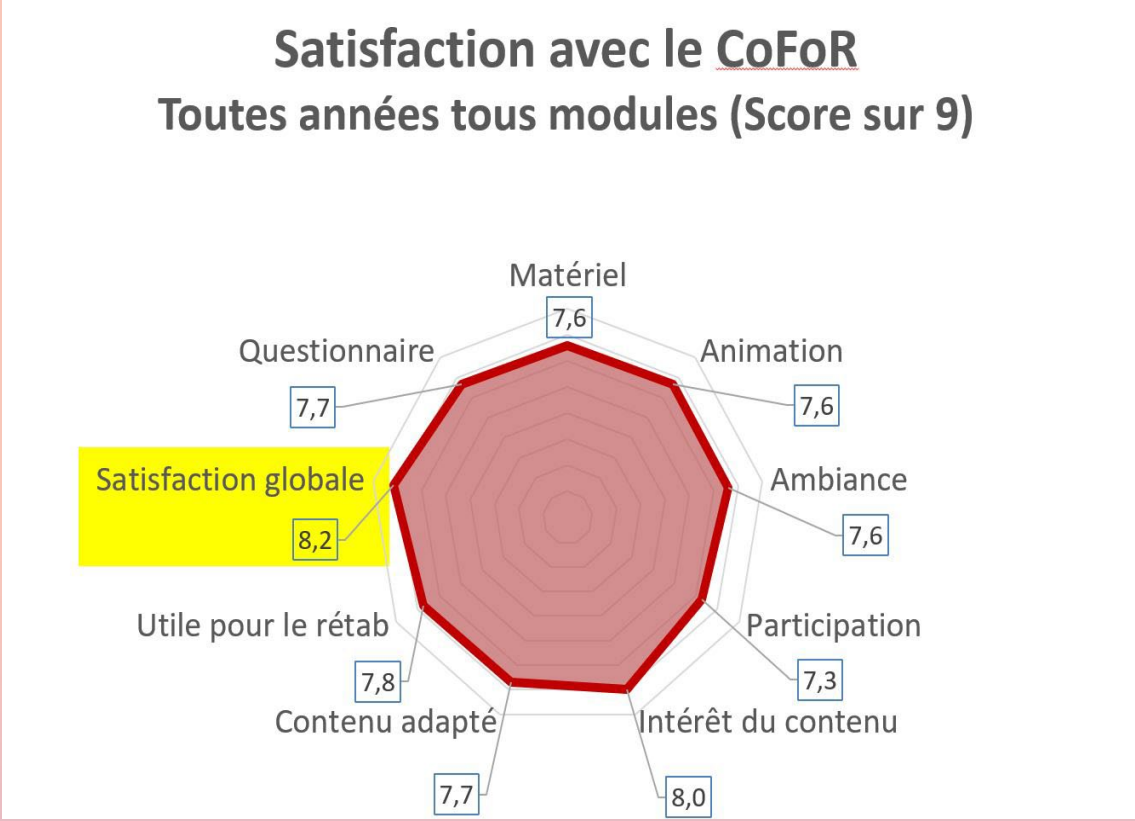
Dimension 'Intégration sociale et soutien' *P=0,003*

Dimension 'Activisme communautaire et autonomie' *P=0.046*

RETABLISSEMENT (N=189)

Dimension: 'Espoir et confiance en soi' *P=0,038*

SATISFACTION ELEVEE (N=254)



Résultats du photovoix

Communication et partage

- Auto-support
- Partage d’expériences et témoignages
- Un lubrifiant social
- Un lieu de ressource

Un nouveau départ, aller au-delà de soi

- Le rétablissement, la rénovation, la reconstruction
- Le rétablissement communautaire, le soutien
- L’éveil de la conscience
- L’émancipation

Le mouvement

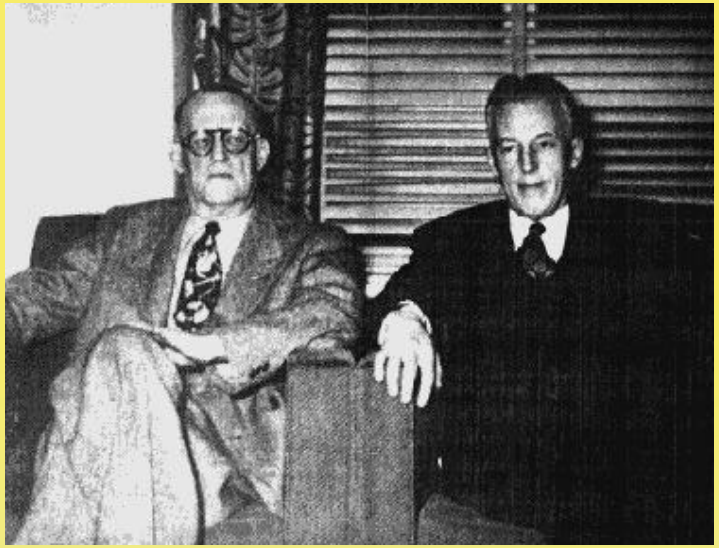
- Sortir de l’ombre, grandir
- Sortir, voyager, se promener
- Trouver son chemin
- Le cofor comme lieu de répit
- La transition, la perspective
- La confiance, le bien-être
- Folie douce et douce folie: s’accepter

La place des addictions dans le CoFoR

- Les étudiants avec patho duelles bénéficient du projet autant que les autres !!!
- Cours spécifique dans le module « Vivre-avec »
  - échanges d'expériences, accent sur la réduction des risques
  - Informations sur les partenaires du réseau
- Vers un module spécifique
  - Risque de se sentir jugé - créer un espace safe et accueillant
  - Groupe de travail avec des médiateurs, des anciens étudiants et les associations d'auto-support du territoire
    - Vivre avec ou sans, causes et effets de l'utilisation des SPA, risques et RDR, rechutes, trauma…

Retour aux sources ;)

AAA – 1935 – l’auto-support



GRANT ME
THE SERENITY
TO ACCEPT THE THINGS
I CANNOT CHANGE,
THE COURAGE TO CHANGE
THE THINGS I CAN, AND
THE WISDOM TO KNOW
THE DIFFERENCE.

-NIEBUHR-

Alcoholics
Anonymous

UNITY SERVICE AA RECOVERY

En conclusion

- **Rétablissement : *// apprentissage***
  - Le parcours pour vivre bien avec des troubles est unique, il passe par un engagement personnel
  - L'échange de conseils, et toutes les techniques « hors soin » sont insuffisamment développées mais fonctionnent
  - Mobiliser les ressources de l'individu et de la communauté

- **Caractère émancipateur de l'éducation** tout au long de la vie :
  - S'appuyer sur les compétences et les envies des personnes et transmettre, mais aussi s'enrichir, créer un savoir
  - Grande richesse, grande motivation

- **Permet de lutter contre la stigmatisation**
  - Rencontres en contexte positif

- **Bientôt un module addictologie à Marseille +++**
- **Bientôt un CoFoR en Occitanie ??? +++**

Repérage des pathologies duelles en soins primaires

Pr Julie Dupouy
Médecin généraliste, MSPU / MSMA Pins Justaret (31)
PU, Département Universitaire de Médecine Générale, Toulouse
UMR 1295 Inserm – Université Paul Sabatier CERPOP équipe Equity, Toulouse
julie.dupouy@dumg-toulouse.fr @JulieDupouy

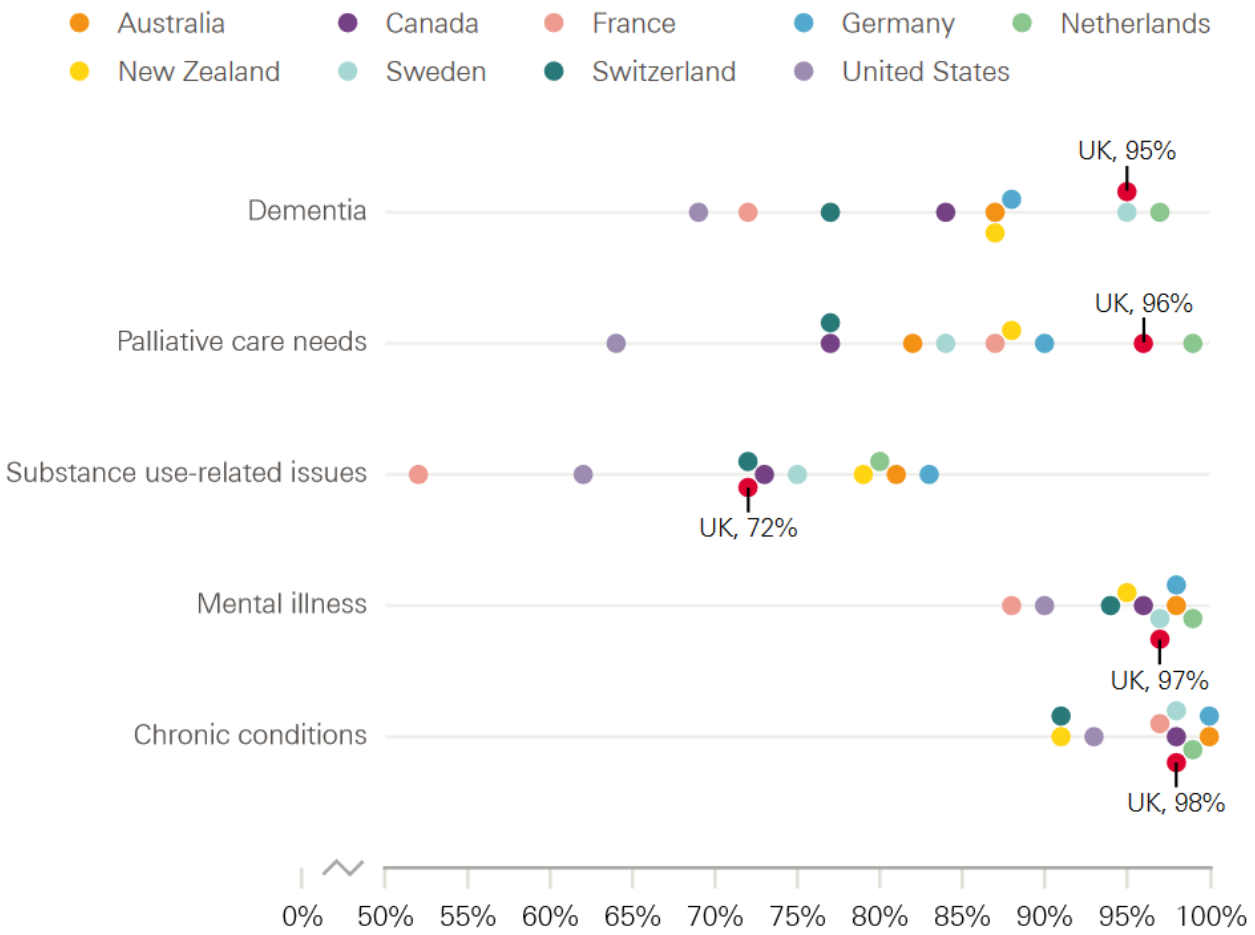
Un constat

76% des premières consultations pour trouble psychiatrique se font en médecine générale (OCDE, Health at a glance, 2011)

73 % des personnes présentant une dépression traitées exclusivement par leur MG (Kroenke, 2017)

https://www.health.org.uk/publications/reports/stressed-and-overworked
chiffres de 2022

Figure 7: How prepared is your practice, with respect to having sufficient skills and experience, to manage care for patients with…?
The percentage of GPs responding 'well prepared' or 'somewhat prepared'



Source: Health Foundation analysis of the Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries.
Note: For dementia, the UK was significantly different from all countries except Sweden and the Netherlands; for palliative care needs, the UK was significantly different from all countries; for substance use issues, the UK was different from Australia, France, Germany, the Netherlands, New Zealand and the US; for mental illness, the UK was different from France, the Netherlands, Switzerland and the US; for chronic conditions, the UK was significantly different from Australia, Germany, Switzerland and the US. See the appendix for 95% confidence intervals. The question gave the examples for substance use issues (drug, opioid or alcohol use), mental illness (anxiety, mild or moderate depression) and chronic conditions (diabetes, COPD, heart failure).

PRODUCTIONS DU CMG

Addictions et médecine générale

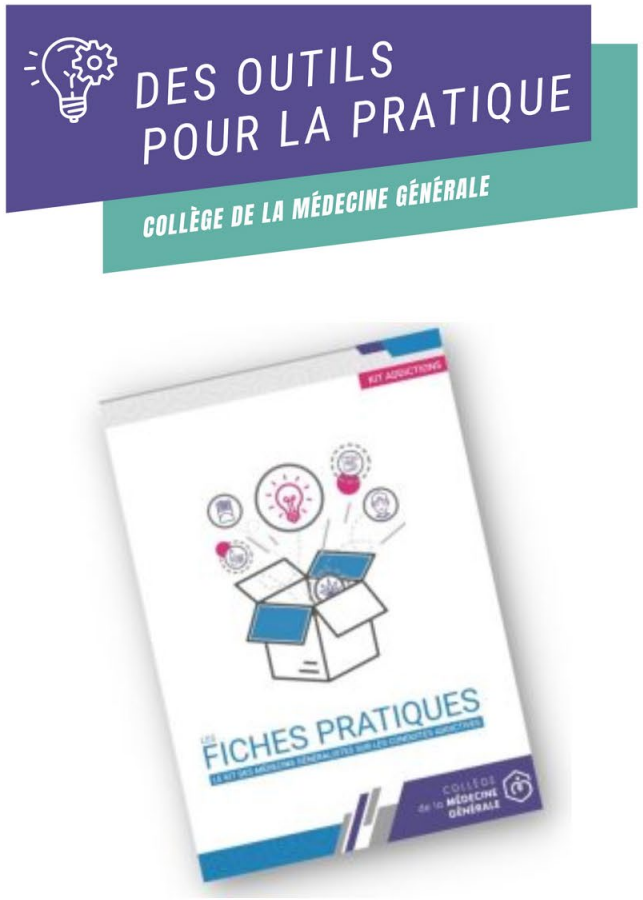
Un kit pédagogique pour faciliter la prise en charge des patients

Pour accompagner les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des consommations à risque, le Collège de la Médecine Générale, avec le soutien de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), a décidé de mettre à disposition un kit addictions constitué de fiches thématiques.
L'objectif de ces fiches est de mettre à disposition des informations et des outils pragmatiques et référencés, au plus près de la réalité de terrain et des connaissances médicales et scientifiques.
Ce kit a été réalisé dans le cadre des travaux du groupe de travail « Réduction des risque et addictions » du Collège de la Médecine Générale.

Ce kit a été réalisé dans le cadre des travaux du groupe de travail « Réduction des risque et addictions » du Collège de la Médecine Générale.

Participants aux travaux : Philippe Binder, Marc Besnier, Philippe Castera, Coralie Bureau- Yniesta, Pascal Charbonnel, Jean-Marie Cohen, Thomas Di Maroa, Julie Dupouy, Olivier Kandel, Shérazade Kinouani, Catherine Laporte, Nassir Messaadi, Maxime Pautrat, Paul Vanderkam.

Coordination : 2022 Catherine Laporte, 2023 Philippe Binder.



KIT ADDICTIONS

Le Kit des médecins généralistes
sur les conduites addictives

https://lecmg.fr/addictionsmg/

COLLÈGE de la MÉDECINE GÉNÉRALE

Pathologies duelles

De quoi on parle ?

FICHE PRATIQUE

KIT ADDICTIONS

Prise en charge

Plus qu'une addiction : nécessite une prise en charge globale

- Les symptômes présents de la pathologie mentale sont **plus sévères et exacerbés.**
- **Les rechutes et hospitalisations** sont plus fréquentes.
- **L'évolution de la maladie est péjorative** par rapport aux patients souffrant de l'un ou l'autre des troubles.

On observe une fréquence plus élevée :

- des suicides
- des comorbidités somatiques
- des violences
- des incarcérations
- d'exclusion sociale

Séquentielle ou parallèle : elle doit être coordonnée

Prise en charge médicamenteuse

Traitement médicamenteux :

- associer le traitement de l'addiction et de la pathologie mentale,
- utiliser des thérapies à double effet.

Prise en charge non médicamenteuse

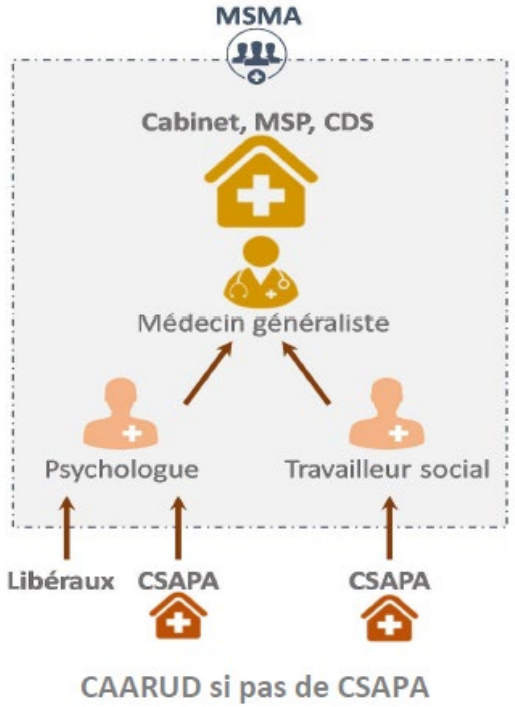
- réhabilitation psychosociale (logement, aides, etc.),
- utiliser le réseau de soutien (association d'usagers...).

Coordination des soins

- Traiter les deux troubles à la fois : articulation des acteurs.

COLLÈGE de la MÉDECINE GÉNÉRALE

Microstructures médicales addiction



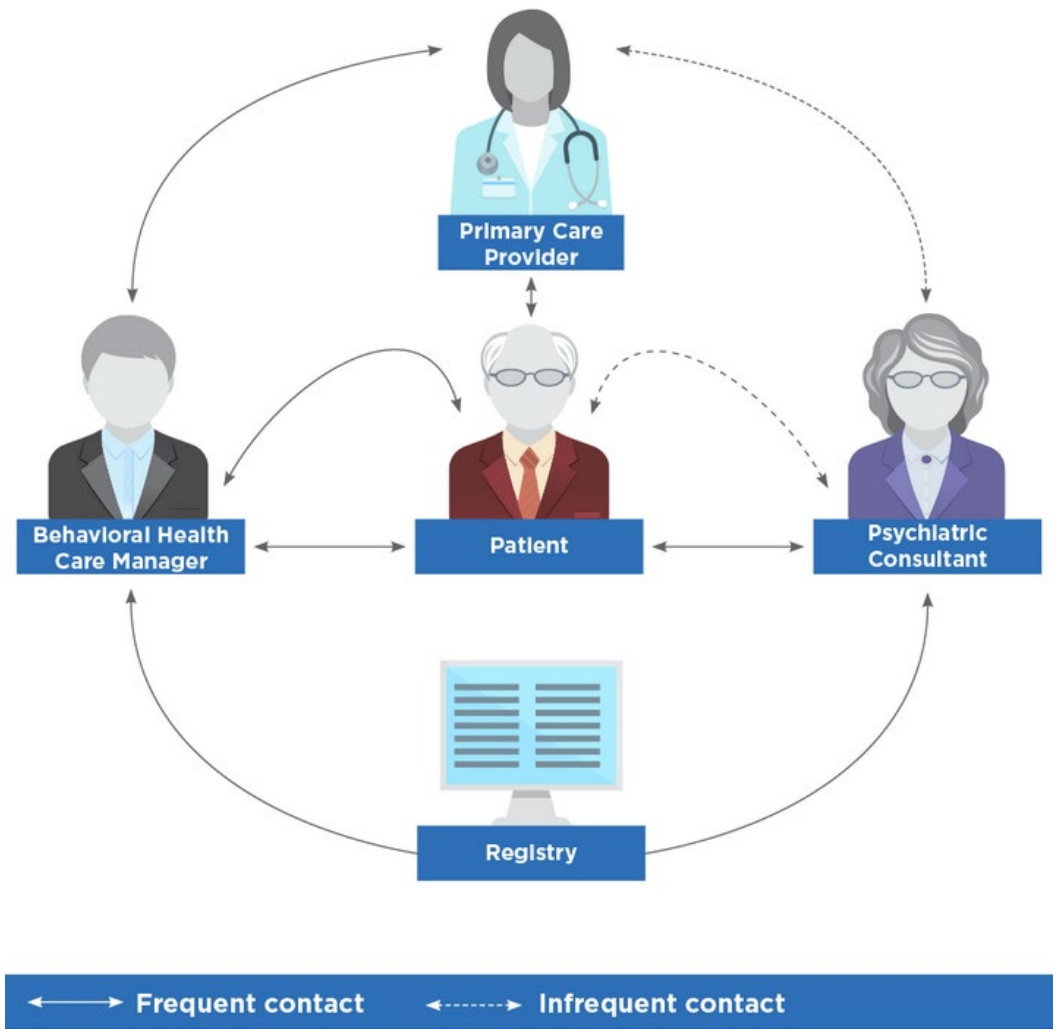
Cahier des charges MSMA ARS

https://msma.2pao.fr/

Dispositif de soins partagés en psychiatrie

Mon soutien psy

Modèles collaboratifs en santé mentale : dispositif SESAME (art 51 Ile de France)



https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/integrated-care/learn

Perspectives

- Changements de modèle d’organisation des soins primaires / rôle des CPTS
- Développement de dispositifs innovants addicto ou santé mentale
- Nécessité de dispositifs inclusifs répondant aux besoins des soins primaires

Microstructures médicales addiction
Microstructures médicales santé mentale
Microstructures médicales précarité

} Microstructure médicale intégrée

Clinique la Recouvrance

Articulation du soin de réadaptation en addictologie dans le parcours de soin des patients porteurs de pathologie duelle

22/09/2023

ramsaysante.com

Ramsay Santé
Clinique de la Recouvrance

CLINIQUE LA RECOUVRANCE

Etablissement SMR-Addictologie depuis 2015

- 45 lits d'hospitalisation complète, établissement « semi-ouvert »
- Programme structuré sur 6 semaines, programme tabaco en option
- Particularités: TDAH et Méthylphénidate (Cocaine), EMDR, TCSLA, pathos duelles = suivi psy + psycho = 60% de nos 350 patients par an

Projets en lien avec ARS :

- Extension de 20 lits autorisée en septembre 2021 et rénovation du site
- Reconnaissance d'activité d'expertise « troubles cognitifs sévères liés aux addictions »

PROGRAMME SOCLE DE PRISE EN CHARGE

Objectifs du programme de soin

- Maintien d'abstinence
- Réduction des risques et des dommages
- Prévention de la rechute
- Consolidation de la motivation et autonomie
- Mise en place d'un projet de sortie

Moyens

- Rupture avec le contexte
- Contrat de soins-alliance thp
- Expérience d'évaluation dans l'abstinence
- Education thérapeutique
- Prises en charge personnalisées
- Collectif et thérapie de groupe
- Valorisation des changements
- Suivi psychologique individuel, +/-EMDR

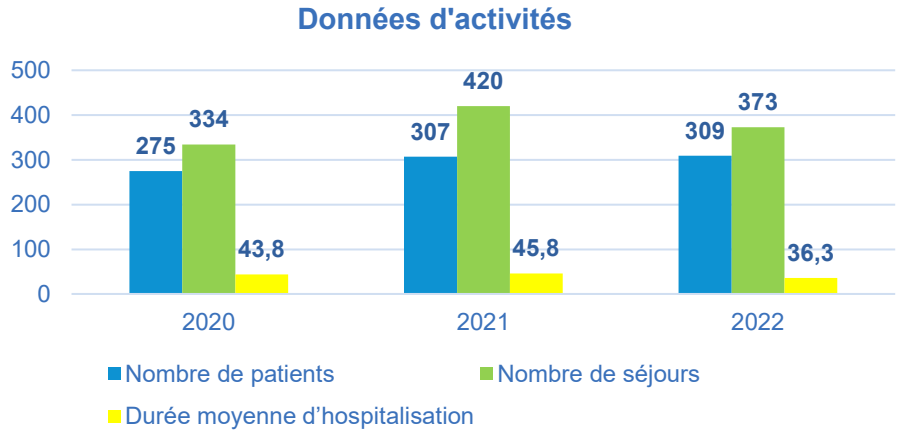
Prise en charge individuelle et collective

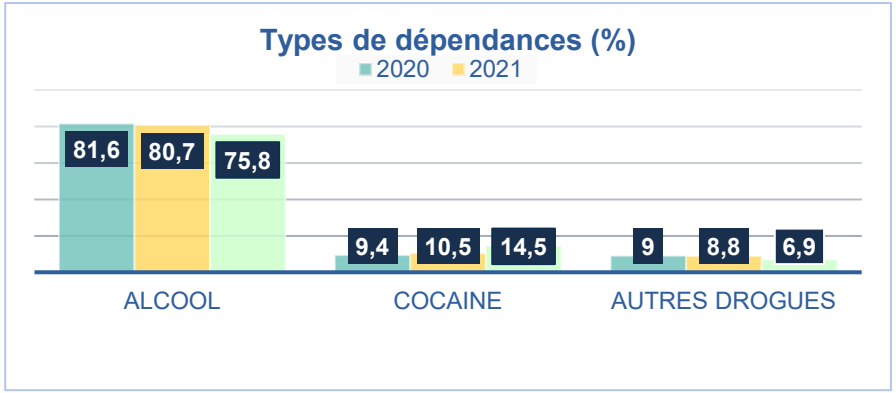
- Groupes de parole et TCC
- Affirmation de soi
- Stimulation cognitive
- « Patient expert » - expérience patient
- Activités physiques adaptées
- Activités artistiques
- « Vivons ensemble »
- Bar thérapeutique
- Education à la Santé
- Atelier budget, logement
- Interventions d'associations
- Préparation à la sortie

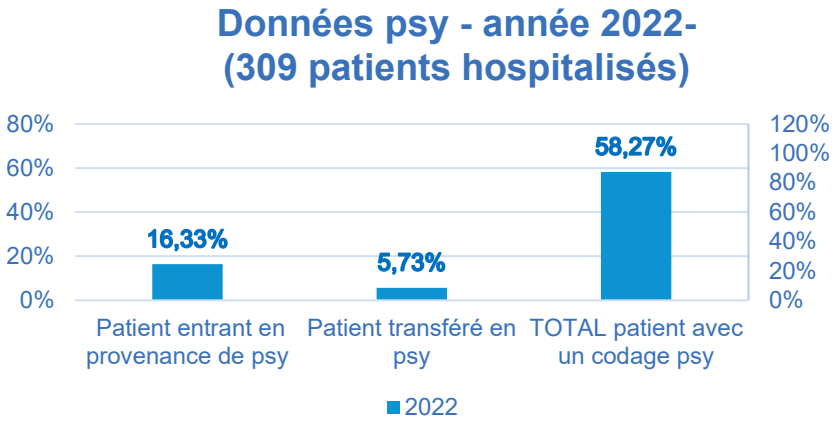
En équipe pluri-disciplinaire

- Médecins
- Psychiatre 0,40 ETP
- Infirmiers
- ASH
- Secrétaires
- Psychologues 1,2ETP
- Animatrice
- Art-thérapeute
- Diététicienne
- APA
- Kinésithérapeute
- Assistante Sociale
- Patient expert

Données démographiques







Particularités des parcours de patients duels et difficultés repérées

Préadmission: conditions nécessaires

1. Patient admissible seulement si stabilisé sur les plans somatique et psychiatrique
2. Patient idéalement sevré avant l'admission
   - Alcool: sevrage en psychiatrie si comorbidité psy: risque décompensation / DT / convulsion de sevrage/ vulnérabilité cognitive
   - THC/CBD/Cocaïne/3MMC/GHB...: réduction maximale, ou hospit si sevrage impossible au domicile ou risque de décompensation
   - Opiacés: Ajustement TAO = objectif de soin validé par le patient et le médecin adresseur
3. Démarches sociales déjà initiées
4. !!Profils anxieux et impulsifs sans logement : Prévoir solution d'hébergement à la sortie (anticipée ou au bout de 6 semaines) ou engagement à la réhospitalisation par l'adresseur

Séjour 6 semaines... en principe:

1. Seulement si Ok dans le collectif: pas de conso, comportement adapté, hygiène, repas, ateliers, ...
2. Si Ok avec l'équipe: critique des consos, critique des comportements, alliance thp
3. Si Ok avec lui-même: chambre seule à anticiper? Transfert en cas de décompensation (psychiatrie Beaupuy)

En pratique : pathos duelles = +compliqué=+ de transferts en psy, + de séjours écourtés, + de consos/tr comportement et sorties dans des conditions +/-bancales

Ramsay Santé
Clinique
la Recouvrance

Projet de sortie

1. Mise en place du suivi: RDV en CMP **<u>et</u>** en CSAPA, accessibilité CMP très localité-dépendante
2. Addictolytiques: renouvellement des prescriptions ++ des TAO ou MPH, quid du topiramate chez les femmes en âge de procréer sous contraception efficace??
3. Si isolement et fragilité : Hopital de Jour? Psy ou addicto? Prise en charge des transports si ALD
4. Logement? Hébergement? AT psy? Quels dispositifs? Cartographie?
5. Patients « trop psy » ou « trop addicto » qui ne répondent pas *complètement* aux critères des structures, ruptures de parcours de soins

Merci

Partenariat DAC 11/COM 360/ORU /USSAP

Juin 2023

Sommaire

1. État des lieux
2. Historique
3. Les premiers cas complexes
4. Construction et pérennisation des réunions pluri partenariales
5. Les outils
6. Les perspectives

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Occitanie

Le DAC

Un numéro unique
Gratuit

04 68 26 29 76

Pour des professionnels
En lien avec le medecin traitant
Pour toutes situations complexes de santé

La com360

Etat des lieux du département

Le département de l'Aude cumule de nombreux critères qui démontrent tout autant l'étendue des besoins en santé que les obstacles pour accéder aux soins ou que l'insuffisance de l'offre de soins.

Un taux de pauvreté et de chômage élevé.

Une forte précarité.

Une population vieillissante en forte augmentation.

Une consommation de soins supérieure à la moyenne régionale et nationale.

Un nombre de pathologies en ALD supérieur à la moyenne nationale.

Un renoncement aux soins important (éloignement, délai de prise de RDV, horaires inadaptés selon lieu et transports).

Des actes de prévention insuffisants.

Une offre de soins inégale essentiellement centrée autour du secteur libéral.

Très peu d'infirmières en pratique avancée.

Un nombre de médecins généralistes en baisse constante depuis plusieurs années et une prévision d'au moins 40 % de généralistes qui feront valoir leur droit à la retraite dans les prochaines années. (Sur 338 généralistes, 143 sont âgés de 60 ans et plus. (Chiffres communiqués sous réserve).

Un nombre de spécialistes inégalement réparti, tout autant sur le plan des territoires que des spécialités dont certaines sont particulièrement sous dotées.

Les moyens de l'hôpital public sont diminués par la fermeture de nombreux lits.

Le manque de psychiatres (diagnostic faisant souvent défaut)

Problématiques d'addiction conjointes à la psychiatrie

Les services d'urgence sont fragilisés par le manque de médecins urgentistes.

Des conditions de transport qui ne facilitent pas le déplacement des personnes fragiles dont la mobilité est par ailleurs rendue difficile du fait du vieillissement.

Historique

JUILLET 2022	NOVEMBRE 2022	DÉCEMBRE 2022	1ER TRIMESTRE 2023
Naissance du DAC	Premières sollicitations de l'ORU vers le DAC pour la résolution de situation complexe en établissement	Intégration de l'USSAP (psychiatrie) à ces échanges	Construction d'une fiche de recueil de situation, d'un logigramme et d'une convention
1ère rencontre du DAC avec le CT de l'ORU Occitanie	Intégration de la COMMUNAUTE 360 à ces échanges mensuels au départ	Organisation de ces réunions 2 fois par mois	Construction d'un outil commun de suivi d'activité

Stratégie de coopération territoriale DAC11/COM360

Appui à la coordination des parcours

Participer au maintien à domicile

Coordonner les situations complexes

Une stratégie de coopération territoriale

Une réunion tous les 15 jours

Les premières situations complexes

- Situations de Bed Bloqueurs dans les établissements (MCO/SSR)
- Situations de maintien à domicile fragiles
- Situations de patients/ d'usagers en rupture dans leur parcours de soins
- Des éléments quasi identiques dans chaque situation :
  - Situation sociale complexe
  - Du handicap
  - Des troubles psychiatriques identifiés ou pas mais toujours sous-jacent

Les outils de traçabilité

- La fiche de recueil
- Le logigramme
- Le suivi de l'activité

- Une proposition de formalisation en convention

Une organisation territoriale

Les premiers cas complexes

- Situations de BB dans les établissements (MCO/SSR)
- Situations de maintien à domicile fragiles
- Situations de patients/ d'usagers en rupture dans leur parcours de soins
- Des éléments quasi identiques dans chaque situation :
  - Situation sociale complexe
  - Du handicap
  - Des troubles psychiatriques identifiés ou pas mais toujours sous-jacent

Construction et pérennisation des réunions pluri partenariales

- Rapidement lors des premières rencontres nous avons voulu intégrer la psychiatrie (en rapport avec les situations complexes présentées)
- Au regard des premiers échanges il nous a paru opportun d'organiser ce type de réunion de façon régulière (bi mensuelle)
- Devant le nombre de situation et leur complexité nous avons souhaité mettre en avant ces travaux

Les outils

- La fiche de recueil
- Le logigramme
- La convention
- Le suivi de l'activité
- SPICO dossier et SPICO discussion
- L'observatoire des ruptures de parcours

SWOT	FORCES	FAIBLESSES
Facteurs liés aux structures	• Des dispositifs AGILE !!!!!!! • Projet DAC coconstruit en amont partenariat • Coordinatrices de parcours tous âges toutes pathologie => valeur ajoutée de la polyvalence • Fluidité entre services Évaluation à domicile par coordo • Organisation territoriale psychiatrie handicap ORU DAC 11 • Travail conjoint la plus value DAC/ com 360 • Déploiement des outils e-parcours • La notion de parcours	• Fragilité de la culture de réciprocité => feed back • Besoin de stabiliser les organisations internes (que ce soit pour le DAC ou pour les autres dispositifs) les coopérations territoriales et les process • Différence de Maturité des dispositifs !!! • Acculturation longue à accompagner auprés des professionnels
	OPPORTUNITES	MENACES
Facteurs liés à l'écosystème, l'environnement	• DAC Aude appui sanitaire => Précurseur dans les changements de pratiques -> pionnier dans la mise en œuvre des nouvelles politiques de santé et nouvelles pratiques professionnelles d'échanges • Valorisation du partenariat fort et historique avec le secteur sanitaire et des expertises internes au DAC = > interfaces de coopération DAC/CPTS/CH • Fiabilisation des coopérations et des subsidiarités • Impulse des projets en lien avec les besoins des professionnels et les problématiques territoriales sur des parcours thématiques tous âges toutes pathologies • Fiabilisation des projets et conventions	• RGPD • Identitovigilance • Interopérabilité des systèmes d'information • Réponse et partenariat .....Personne dépendante • Manque de formalisation ou non appropriation des process établis • Un suivi irrégulier entre services

Les perspectives

- Présentation des outils aux tutelles
- Ouverture d'une antenne de bureaux copartagées sur Narbonne avec 4 dispositifs
  - ORU DAC COM360 et CPTS
  - Le SIAO en attente de nous rejoindre sur le local partagé
- Ouverture sur d'autres projets innovants (SAS/DAC) et envisager extension tous âges et toutes pathologies
- Travail de partenariat en cours avec le D-CLIC complexité enfant ado de 0 à 21 ans création du dispositif en juillet 2023 dans l'Aude