

2<sup>ème</sup> colloque international francophone sur le traitement de la  
dépendance aux opioïdes  
**Paris 06/11/2010**

# Introduction

1

**Dr Jean-Michel Delile, psychiatre,  
directeur du CEID-Addictions, Bordeaux,  
vice-président de l'ANITeA / F3A**

# PLAN

- Pourquoi les opiacés ?
- Historique des TDO en France
  - Les limites de la « désintoxication »
  - Facteurs de vulnérabilité et approche « psy »
  - Approche globale
- Approches complémentaires et diversifiées
- Des débats passionnants
- Un consensus international
- Perspectives et conclusion



# ● POURQUOI LES OPIACÉS ?

3

# Pourquoi les opiacés ?

- Faible niveau de prévalence mais
- Fort potentiel addictif
- Fort potentiel déstructurant
  - comorbidités psychiatriques et somatiques
  - désocialisation
- Fort niveau d'angoisses individuelles et collectives
- Ils restent en France les premiers produits illicites à l'origine d'une demande de soins, à des niveaux approchant les demandes relatives aux usages problématiques d'alcool

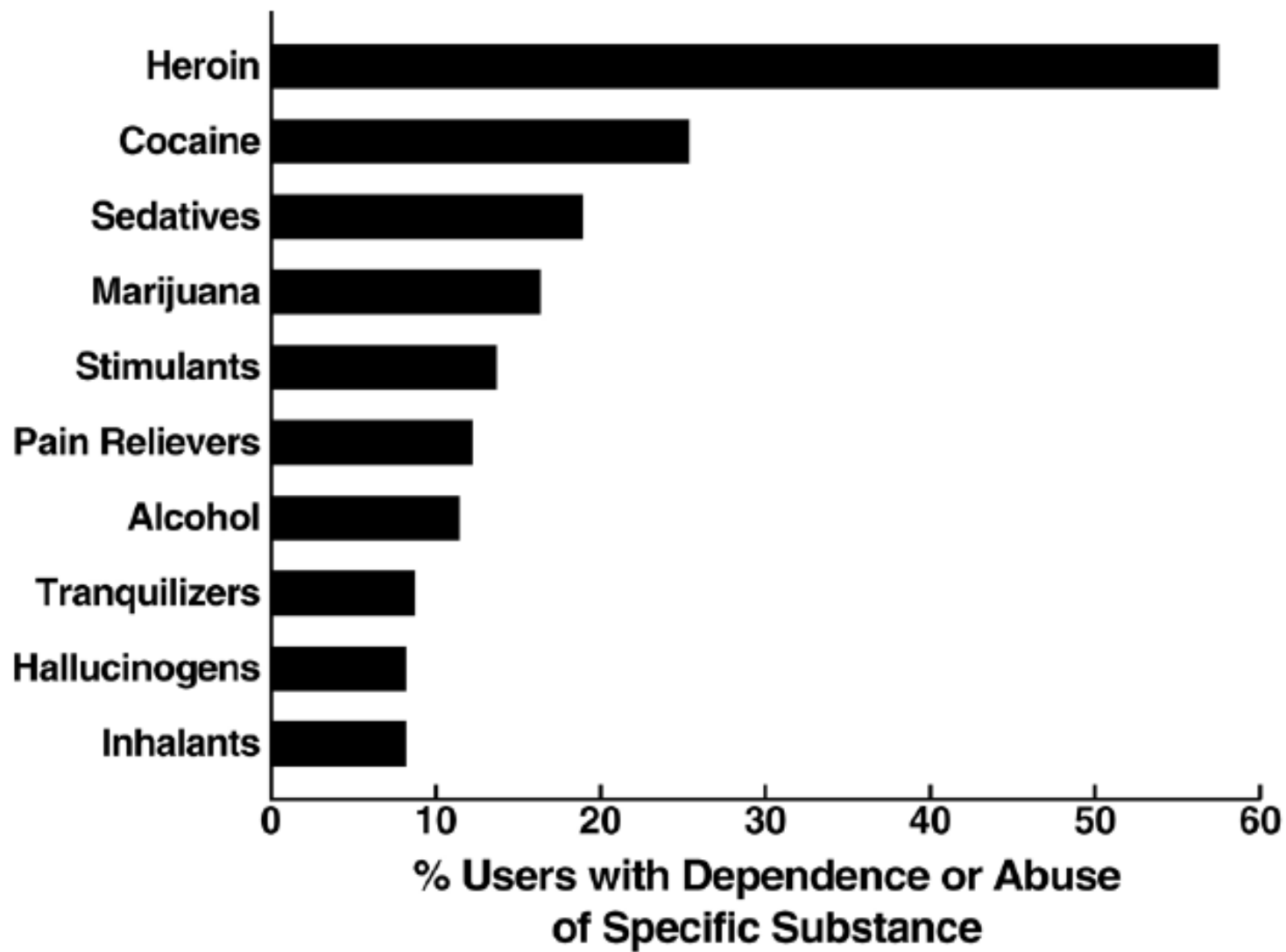


# ETAT DES LIEUX DE L'ADDICTION EN FRANCE :

## LES USAGERS RÉGULIERS

(10 USAGES OU PLUS DURANT LES 30 DERNIERS JOURS)

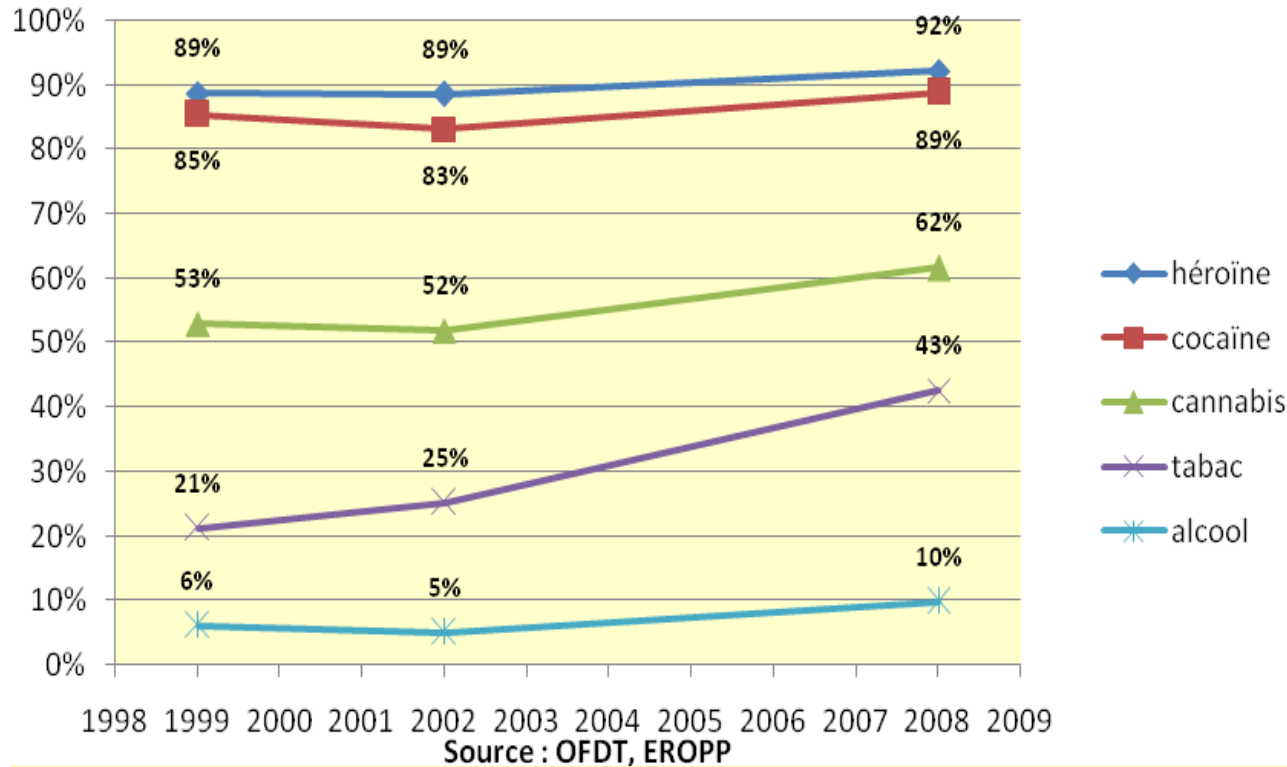
○ Alcool :	9.7 millions
• dont dépendants :	0.5-1.5 ?
○ Tabac :	11.8 millions
• Dont dépendants :	idem
○ Cannabis :	1.2 million
• Dont quotidiens :	550 000
○ Cocaïne (exp.):	1.1 million
• Dont dans l'année	250 000
○ Héroïne (exp.) :	360 000
• Dont usagers problématiques :	230 000



La perception du danger des drogues est plus liée à leur potentiel addictif qu'à leurs prévalences d'usage

**Evolutions entre 1999 et 2008 de la perception de la dangerosité des drogues :**

« Pourcentage de personnes jugeant que la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne ou de cocaïne est dangereuse pour la santé dès l'expérimentation »





# HISTORIQUE DES TDO EN FRANCE

8

-la « cure »

-prise en charge globale, individuelle, diversifiée

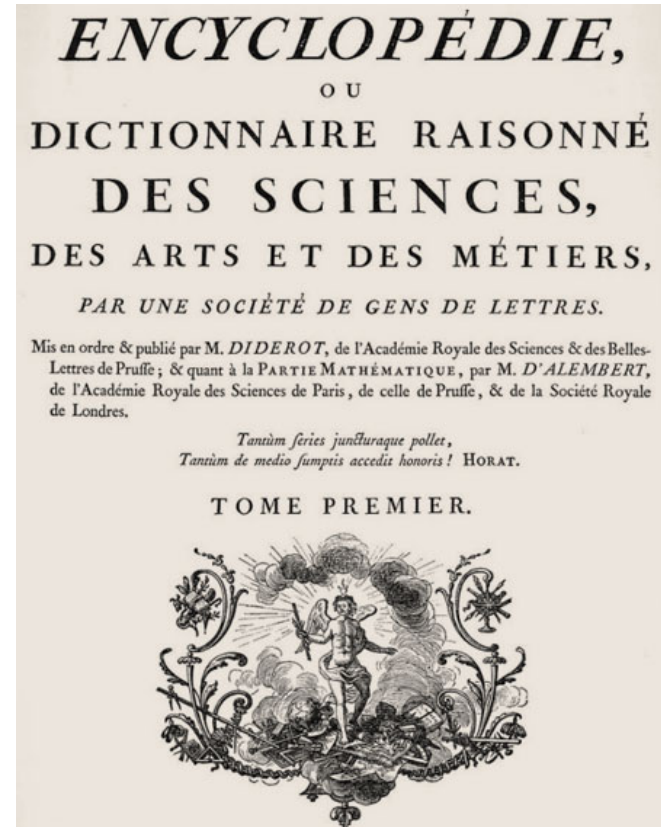
# NAISSANCE D'UN PROBLÈME

- Développement des opiacés au XIXème siècle : opium, morphine, héroïne...
- Invention de la seringue
- Dans un contexte socio-culturel favorable

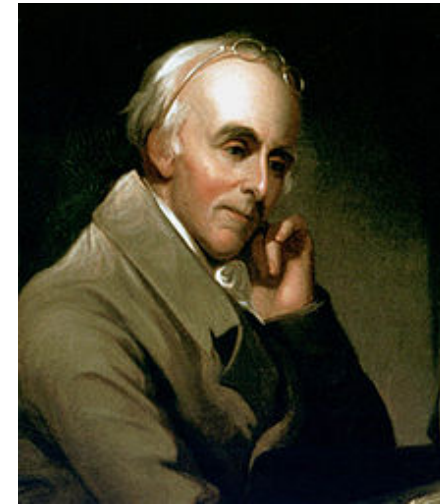


# L'occident change en profondeur...

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



# Une nouvelle lecture, médicale, des addictions apparaît



- Auparavant : condamnation religieuse et morale
- Représentation médicale : l'addiction, l'intempérance (Benjamin Rush, 1784), en tant que maladie avec des symptômes physiques, psychiques et moraux
  - Une cause : la drogue
  - Un modèle : l'intoxication
  - Un traitement : le sevrage (désintoxication)
  - Une politique : la prohibition

## La « cure »

- Les problèmes de dépendance aux opiacés en Europe, dans la deuxième moitié du XIXème siècle, furent dans un premier temps exclusivement analysés comme des conséquences de l'intoxication.
- Le traitement était donc la cure de sevrage. Une fois débarrassé du produit et de la dépendance physique induite, le patient serait “guéri”.
- C'est ainsi que les discussions sur le traitement de la morphinomanie portèrent essentiellement sur les différentes techniques de sevrage. Pour l'essentiel, trois techniques étaient proposées :



## Les 3 méthodes de désintoxication

- *la méthode brusque* (sevrage immédiat et total) décrite par Eder en 1864 mais surtout popularisée par E. Levinstein (méthode « allemande »...)
- *la méthode lente ou progressive* (cure dégressive s'étalant sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois) largement développée en France et d'ailleurs qualifiée de méthode française par Pichon ;
- *la méthode demi-lente ou rapide* (technique intermédiaire par cure dégressive rapide) développée par A. Erlenmeyer et qui avait les faveurs de la plupart des cliniciens à la fin du XIXème siècle.



# L'héroïne pour traiter la morphinomanie



- Non seulement les auteurs qui se penchent sur l'héroïne (Dresser, 1898) présentent le nouveau dérivé de la morphine comme dépourvu des inconvénients de celle-ci, mais ils y voient un bon remède contre la morphinomanie.
- Le Dr Morel-Lavallée publie en 1900, dans la Revue de médecine, un article remarqué :  
« La morphine remplacée par l'héroïne ; pas d'euphorie, plus de toxicomanie.  
Traitement héroïque de la morphinomanie ».



# La cocaïne pour traiter la morphinomanie

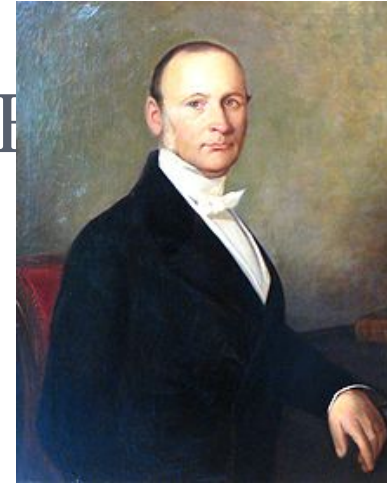


Von links nach rechts zu "Freud und das Kokain": Koller, Königstein, Freud, Fleischl, Meynert, Erlenmeyer

- Le drame du Dr E. von Fleischl-Marxow, médecin morphinomane soigné par Freud avec de la cocaïne, est connu : après deux ans de traitement, il meurt "*morphium-cokainist*".
- Cela confirmera Erlenmeyer dans sa condamnation de Freud, apologiste, selon lui, du « 3ème fléau de l'humanité après l'alcool et l'opium ».



# LES LIMITES DU MODÈLE DE L'INTOXICATION



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

# LA DÉGÉNÉRESCENCE

## TRAITÉ DES DÉGÉNÉRESCENCES

PHYSIQUES, INTELLECTUELLES ET MORALES

### DE L'ESPÈCE HUMAINE

ET

DES CAUSES QUI PRODUISENT CES VARIÉTÉS MALADIVES

PAR LE DOCTEUR

**B. A. MOREL**

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

ACCOMPAGNÉ D'UN ATLAS DE XII PLANCHES

A PARIS

CHEZ J. B. BAILLIÈRE

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE  
Rue Hautefeuille, 19

LONDRES

NEW-YORK

H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET | H. BAILLIÈRE, 290, BROAD-WAY

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

1837.

ROUEN.— Amand Goulet, Libraire

## HÉRÉDITÉ ET ALCOOLISME

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

Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique  
(1888)

Par le docteur **M. LEGRAIN**

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

Avec une préface de **M. le docteur MAGNAN**

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE SAINT-ANNE

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1889

Tous droits réservés.

JMD/CEID/2010

# Morphinisme et morphinomanie

- Il apparut très vite aux cliniciens que dans bon nombre de cas, les cures de sevrage, quelle que soit la technique utilisée, étaient suivies de rechute dans des délais plus ou moins rapides, après la sortie de l'institution.
- Ce constat les amena à décrire, en ce qui concerne les usages de morphine, à côté du morphinisme aigu, de nouvelles entités cliniques prenant mieux en compte cette dimension récidivante voire chronique de la toxicomanie : morphinisme impulsif, morphinisme résistant, morphinisme chronique puis morphinomanie (Magnan à la suite de Levinstein, 1875).



*Morphinomanie et Morphinisme—mœurs, symptômes, traitement, médecine légale.* Par le Dr. PAUL RODET. Paris : Ancienne Librairie Germer Baillière et Cie ; Félix Alcan, Editeur. 1897, in 180, pp. 331.

Contributions on the morphia-habit and morphinomania are mostly scattered in various periodicals; so with a view to stimulating the publication of a good text-book on the subject, the Académie de Médecine decided to award the Falret prize to the author of the best treatise on Morphinomania.

Dr. Paul Rodet's work was deemed worthy of the distinction; and certainly, within the limits of a comparatively small book, the author has succeeded in giving a most vivid account of this disease, its symptoms, and its treatment, to which he has added a most valuable appendix in the shape of a very full bibliography of the subject.

After a short *résumé* of the history of morphinomania, the author discusses the factors which bring about the morphia-habit, laying great stress on the part played by medical men and chemists, who unfortunately often forget their responsibilities in the face of this serious evil. An examination of the statistics of 1,000 cases of morphinomania (the list of which appears on p. 37) is most instructive in this respect; nothing can testify more eloquently to the insidious character of this dangerous vice than the fact that 287 in 1,000 victims of the morphia-habit were medical men, who have such opportunities of witnessing its dire results, and that the wives of medical men form a large contingent. Among the terrible consequences of morphinomania to a medical man the author draws attention to one which is apparently but little known, that is a great tendency to prescribe dangerous doses of the powerful alkaloids to their patients.

Living at high pressure seems to be the great factor in the etiology of this affection, and this is well borne out by an examination of its age-incidence, for 60 per cent. of the cases occur between the ages of 25 and 40.

In Chapter IV. we find a good account of the chemistry of the subject, with the best means of detecting morphia in the urine. Chapter VI. deals in detail with the important question of the symptomatology of morphinomania. Among other points we notice that Dr. Rodet qualifies the widely accepted statement that morphinomaniacs are abject liars; his view is that they only lie under certain circumstances, "when-

## MORPHINISME ET MORPHINOMANIE

N'importe qui peut être morphinisé mais ne devient pas morphinomane qui veut !

-isme

-manie

Déjà la distinction entre dépendance physiologique et addiction (craving)

# La morphinomanie

- Ball soulignait ainsi en 1885 que *“Levinstein distinguait avec raison le morphinisme qui est l’empoisonnement chronique par la morphine de la morphinomanie qui est une appétence morbide pour ce produit”*.
- Il apparaissait que la toxicomanie aux opiacés n’était pas simplement le résultat d’une intoxication et une dépendance induite mais qu’elle pouvait aussi être la conséquence et l’expression de problèmes antérieurs, constitutionnels ou acquis, aux plans psychologique et social qui constituaient, non traités, autant de facteurs de rechute.



# Prise en charge globale et durable

- Chambard en 1890 résuma la situation :  
*“ Ce serait mal pénétrer l'étiologie du morphinisme que de ne l'attribuer qu'à l'usage de la morphine. Tout le monde peut être morphinisé mais ne devient pas et ne reste pas morphinomane qui veut”.*
- Il fallait donc associer aux cures de sevrage “un traitement moral” de la toxicomanie visant à combattre ces causes constitutionnelles, psychologiques, sociales ou culturelles, facteurs de récurrence qui semblaient, à côté de la drogue, constituer le coeur du problème.
- La prise en compte de ces facteurs devenait un élément clef du traitement aux côtés de la cure proprement dite et un des objectifs principaux de cette dernière.



# THÉORIE DE L'AUTOMÉDICATION

(DOMINANTE CHEZ LES INTERVENANTS DES ANNÉES 1970)

- Ce sont les vulnérabilités psychologiques et sociales qui sont le problème d'origine que l'intoxication répétée vise à apaiser, anesthésier (*briseur de soucis*)
- Ce n'est pas la drogue qui fait le toxicomane, c'est le toxicomane qui fait la drogue... Le traitement fondamental est donc (moral) psycho-social
- Politiques de santé et politiques sociales, hostilité aux politiques répressives/une maladie
- Tension dialectique
- Visions radicales : la société, la famille, la répression créent le problème... Anti-psychiatrie, « rébellion » de la jeunesse. Société malade.
- « *free clinics* »



# AUX USA AUSSI, UN TRAVAIL (RE)FONDATEUR !

*The American Journal on Addictions*, 19: 203-211, 2010  
Copyright © American Academy of Addiction Psychiatry  
ISSN: 1055-0496 print / 1521-4391 online  
DOI: 10.1111/j.1521-4391.2010.00066.x

## Vietnam Veterans Three Years after Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin

Lee N. Robins, PhD, John E. Helzer, MD, Michie Hesselbrock, MSW, Eric Wish, PhD  
Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri

In May of 1971, two congressmen who went to Vietnam reported extensive heroin use among American soldiers. Almost immediately thereafter, the Department of Defense, under Dr. Jerome Jaffe's urging, set up a urine-screening program intended to detect all men using heroin at the time of their departure from Vietnam. They were then to be detoxified in order that they not arrive in the United States still addicted.

On his return from overseeing the establishment of the urine-screening program, Dr. Jaffe asked me to design and carry out a follow-up study of returning veterans to learn the consequences of heroin use in Vietnam. In response, we interviewed about 900 of the 14,000 Army enlisted men who returned to the United States in September 1971, the first month in which this urine-screening and detoxification system was operating uniformly throughout Vietnam. The interviews took place between May and October of 1972, 8-12 months after their return (Robins, 1974). The men interviewed had been randomly selected from a computer tape of returnees provided by the Department of Defense. We also had access to the Surgeon General's list of men who had been detected as drug positive at departure. A random selection from this list allowed us to oversample men detected as drug positive at departure. We did this to have a large number of men who would be at high risk of using drugs after their return. In this paper, this high-risk group has been weighted appropriately so that our figures apply to the general population of returnees.

In 1974, we selected 617 men for reinterview. These men were interviewed between October and December of 1974, 3 years after their return from Vietnam, at the average age of 24. We had reduced the sample from 900 to 617 to have enough funds to interview a non-veteran comparison group. We interviewed 284 non-veterans, matched to the veterans for age, eligibility for military service, and

education and place of residence as of the veterans' date of induction. The diligent interviewing team provided by the National Opinion Research Center secured a very high recovery rate of our target population for both interviews. In the first interview, we achieved 96% of the target population, and in the second interview 94%. Thus, we have two interviews covering 3 years since return for 91% of a random sample of Army enlisted men who spent an average of a year amid cheap, potent heroin.

Having access to a random sample of men who had been heavily exposed to heroin in Vietnam was a remarkable opportunity to learn something about the natural history of heroin use. Practically every man we interviewed had had an opportunity to use heroin in Vietnam. Eighty-five percent of the men told us that they had been offered heroin while they were there—often quite soon after their arrival. (One soldier was offered heroin as he descended from the plane on which he arrived in Vietnam by a soldier preparing to board that same plane to return home. He was offered the heroin in exchange for a clean urine so that the man due to leave would be able to get through the urine screen.) Thirty-five percent of Army enlisted men actually tried heroin while in Vietnam, and 19% became addicted to it.

This opportunity to study heroin use in a highly exposed normal population was unique because there is nowhere else in the world where heroin is commonly used. We have been able to study cannabis use in India and Jamaica and cocaine in Bolivia, but there is no equivalent opportunity to study heroin. In the United States itself, heroin use is so rare that the National Commission survey (1973) of 2,400 adults obtained only about 12 people who had used heroin in the last year. (Similarly, our non-veteran sample of 284 young men matched to veterans for age, location, education, and eligibility for service provided only seven, and will consequently not be studied in this paper.) Because heroin users are scarce both worldwide and in the United States, most of our information about heroin before the Vietnam study came from treated and criminal samples. Yet only one in six of the veterans who used heroin in the last 2 years came to treatment. We must wonder whether the heroin

- Le Dr Lee Robins est décédée le 25/09/2009
- Son article de 1977 vient d'être réédité à l'identique :  
AJA 19:203-211, 2010



This paper was originally published in *Problems of Drug Dependence, 1977, Proceedings of the Thirty-Ninth Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence*. It is reprinted here with permission from the author and from CIPDD.

# L'ÉTUDE DES VÉTÉRANS DU VIETNAM

- Jusqu'alors les représentations dominantes aux USA faisaient croire que
  - l'usage d'opiacés illicites amenait inéluctablement à l'usage régulier et à l'addiction
  - Une fois l'addiction installée, les possibilités de revenir durablement à l'abstinence étaient exceptionnelles
- Ce travail épidémiologique sur 900 soldats de retour aux USA en septembre 1971 (sur 14 000) balaya ces « croyances » :
  - L'usage d'opiacés n'amenait pas obligatoirement à l'addiction
  - Beaucoup d'addicts s'en sortaient (souvent sans aide professionnelle)

# ÉVOLUTION DES PENSÉES ET DES PRATIQUES AUX USA

- L'étude démontrait aussi le rôle majeur des facteurs contextuels et environnementaux dans l'initiation, l'usage et l'addiction à l'héroïne mais aussi dans son traitement
- Alors que beaucoup de GI's devinrent usagers d'héroïne (8 %) et même addicts (1/2 étaient usagers réguliers, 1/4 usagers quotidiens) dans le contexte du Vietnam, la plupart arrêtèrent de consommer en rentrant au pays.
- Ce constat contribua à modifier en profondeur les approches thérapeutiques sur la base d'un modèle trivarié (biopsychosocial)



# ET AUJOURD'HUI ?

Approches complémentaires et diversifiées

26

# LES ADDICTIONS SONT LA RÉSULTANTE DE L'INTERACTION DE PLUSIEURS FACTEURS

- Facteurs de risque liés aux produits
- Facteurs individuels de vulnérabilité
- Facteurs de risque environnementaux
  
- La résultante de la rencontre entre un produit et un individu dans un environnement socio-culturel donné
  
- Modèle biopsychosocial ou interaction génome/environnement

# NOUVELLES APPROCHES

- Les deux modèles (auto-médication et intoxication) sont en interaction bio-psycho-sociale, l'un n'exclut pas l'autre. Souvent la drogue fut une solution (mal)adaptative avant de devenir un problème
- Le traitement doit donc dès lors être global, individualisé et, souvent, de longue durée
- Diversification de l'offre de soins pour l'adapter aux besoins et attentes des patients et aux différents moments de leur parcours
- Les interventions ne se limitent pas aux usages addictifs mais à leur prévention et à celle des risques associés et des dommages secondaires

# Une question-clef : la prévention de la rechute (et son accompagnement...)

- Les cures de sevrage ayant montré leurs limites, il convenait de développer les dispositifs permettant d'inscrire l'abstinence dans la durée en prévenant la rechute et en traitant les facteurs de gravité notamment psychosociaux.
- Divers dispositifs se sont mis en place en France au fil du temps, depuis le début des années 70, pour atteindre cet objectif essentiel :
  - Les post-cures (puis les CTR)
  - Les centres d'accueil et de soins en ambulatoire avec une approche globale (médicopsychosociale) et au long cours : CSAPA
  - Réduire les risques associés (VIH, VHC...) et faciliter l'accès aux soins : CAARUD (acceptation de l'utilisateur même « rechuteur », CIS)
  - Les Traitements de substitution aux opiacés (TSO)
  - Les Communautés Thérapeutiques (CT)
  - Articulation avec les dispositifs sanitaires et la médecine de ville



# DES DÉBATS PASSIONNANTS

30

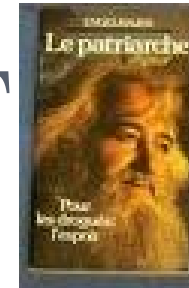
-CT et CTR

-TSO

-médicalisation et nouveaux acteurs

-articulation TDO-RDR

# DES EXCEPTIONS FRANÇAISES ? DISTANCE PAR RAPPORT AUX CT



- Intérêt initial pour les CT (participation aux trois premières Conférences Mondiales sur les CT-WFTC, Norrköping, 1976, Montréal, 1977 et Rome, 1978) mais
- « Le Patriarche » (La Boère, 1972)
- Méfiance envers des pratiques autoritaires et humiliantes (Patriarche, Synanon...) et les approches *behavioristes*...
- La *psychanalyse* alors très dominante chez les psychologues et les travailleurs sociaux dans le champ des addictions en France.
- La réserve française en face de la standardisation américaine (*Daytop Village, Phoenix House*...) et de la religiosité ambiante dans beaucoup de CT (AA, Eglise...)
- La faiblesse de la tradition AA et globalement des approches communautaires en France
- La rupture se produisit donc en 1978 à la Conférence de Rome malgré une audience avec le Pape Jean-Paul I et les efforts de Louise Nadeau...



## Le traitement résidentiel a pu lui aussi préciser ses indications et diversifier son offre

- Les « post-cures » sont devenues des Centres thérapeutiques résidentiels (CSAPA) ouverts à des patients nécessitant une approche intensive et durable (comorbidités, désinsertion majeures)
- Elles ne sont plus posées en standard de traitement mais en option thérapeutique nécessaire pour la minorité de patients ne pouvant être traitée en ambulatoire dans de bonnes conditions de sécurité et d'efficacité
- Les Communautés thérapeutiques (CT) ont pu se développer également suite à la disparition du *Patriarce* de la scène institutionnelle, à la demande de patients et à l'ouverture croissante des professionnels à des approches psychothérapeutiques diversifiées (groupales, TCC, systémiques, EM...) plus compatibles avec les CT



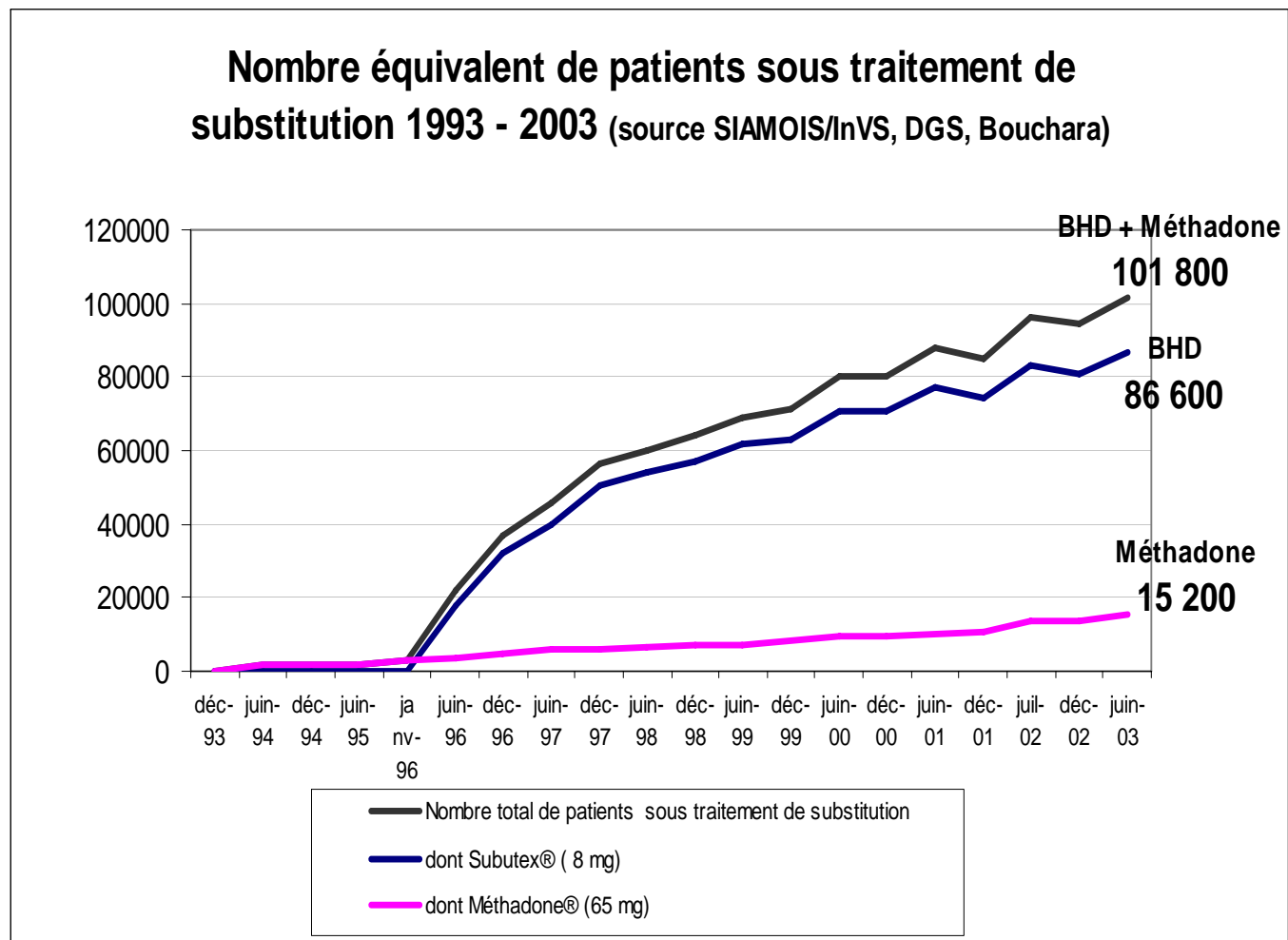
# Des exceptions françaises :

## Réserves par rapport aux TSO

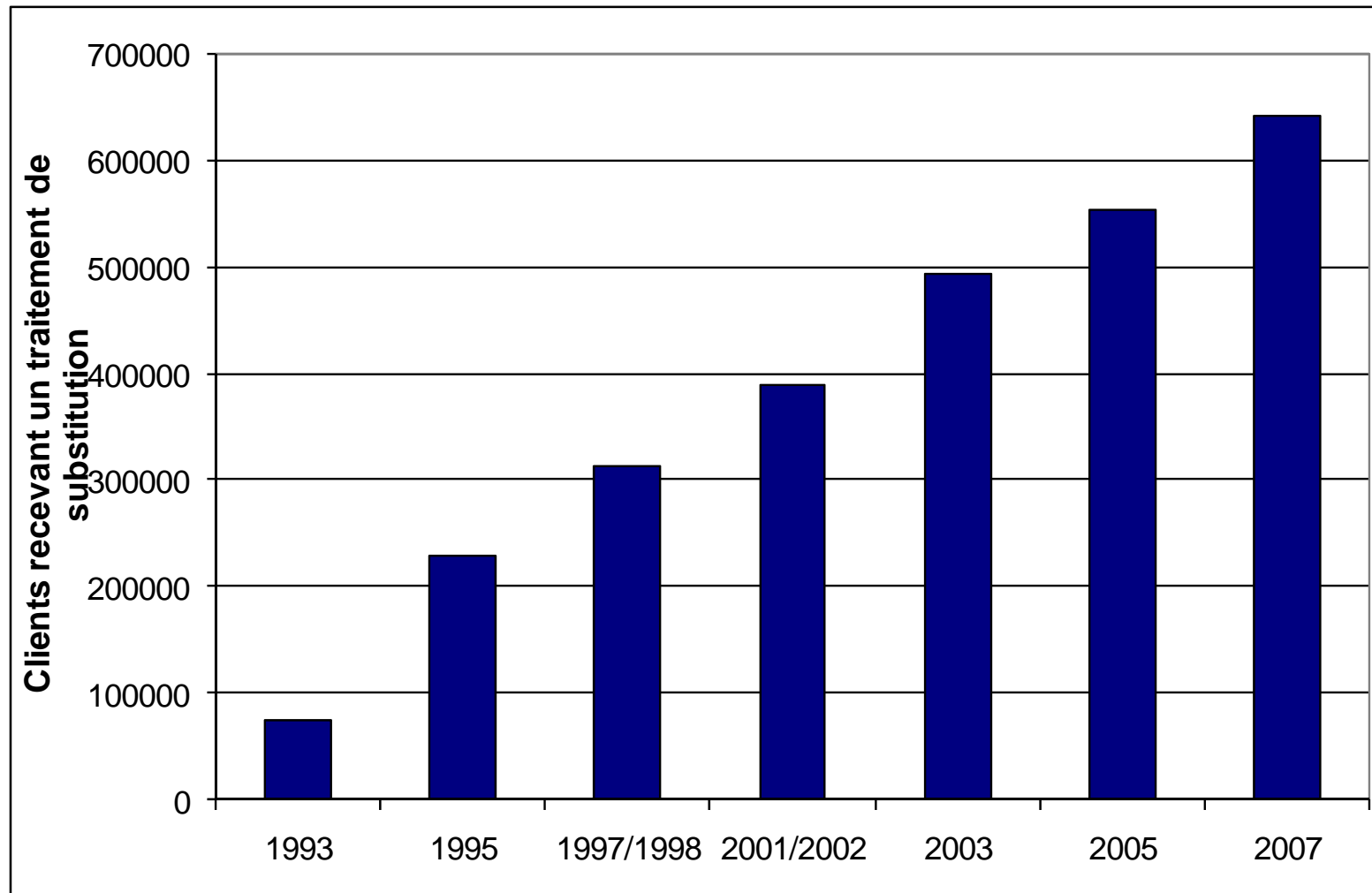
- Pour les mêmes raisons (approche dominante psychosociale, craintes de la normalisation mais aussi de la médicalisation...), le secteur spécialisé fut initialement très partagé à l'égard des projets de développement des TSO en France
- Réserves renforcées par l'attitude militante de certains « pro » semblant penser qu'un médicament à lui seul allait résoudre les problèmes de VIH et de toxicomanies
- L'étude des travaux internationaux amena à proposer de les inscrire dans un cadre global de traitement (ANIT, 1992) et leur développement fut particulièrement rapide dans notre pays...



# Traitements de substitution



**EXCEPTION FRANÇAISE ?  
NOMBRE DE CLIENTS RECEVANT UN TRAITEMENT DE  
SUBSTITUTION AUX OPIACÉS DE 1993 À 2007 DANS LES 27  
ÉTATS MEMBRES DE L'UE**



# ARRIVÉE DE NOUVEAUX ACTEURS

- Les problèmes croissant liés au Sida et aux hépatites, le développement des TSO ont conduit à un double phénomène de :
  - Médicalisation des CSAPA
  - Implication croissante de la Médecine de ville dans les TDO : MG, réseaux, microstructures
- Cette irruption a pu elle-aussi susciter des préoccupations (risques de réductionnisme) mais qui s'effacent au regard des progrès considérables qu'elle a permis (accessibilité, proximité...) pour peu qu'elle s'effectue en bonne articulation avec le secteur spécialisé.
- Articulation avec le secteur sanitaire (urgences, cures complexes, comorbidités, ELSA, SSR...)

# RDR : ÉTUDES DE COHORTE D'AMSTERDAM



- Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus:evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users  
Charlotte Van Den Berg, Colette Smit, Giel Van Brussel, Roel Coutinho & Maria Prins, *Addiction*, 2007,102, 1454–1462
- Une participation complète à un programme combinant approche RDR (PES) et TDO (méthadone) permet d'obtenir une plus faible incidence de contamination VIH et VHC que chacune de ces approches séparément
- Cette étude conforte notre position visant à articuler structurellement Réduction des risques et soins et non à les opposer.



# CONSENSUS INTERNATIONAL : ANITEA OU NIDA ?

38

Addiction, processus multidimensionnel  
Traitement global, individualisé, au long cours  
Des services diversifiés, accessibles  
Comorbidités et RDR

# ALORS, DÉPENDANCE OU ADDICTION ?



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION  
Member Driven. Science Based. Patient Focused.

- Critères DSM IV TR Dépendance : au moins 3 critères dans une liste de 7 dont 2 critères “physiologiques” (tolérance, sevrage) qui ne sont donc ni nécessaires ni suffisants.
- Perspectives DSM V (2013)
  - Addiction and related disorders (SRD)
  - Fusion abus-dépendance : **Substance Use Disorder**
  - Terme “dépendance” uniquement physiologique
  - PD : 2 critères sur 11
  - SUD Modéré (2-3), sévère (4 ou plus)
- Suppression de la confusion dépendance physiologique-addiction (cf. Chambard...)

*PRINCIPLES OF DRUG ADDICTION  
TREATMENT,*  
NIDA DIRECTOR NORA D. VOLKOW



“Addiction affects multiple brain circuits, including those involved in reward and motivation, learning and memory, and inhibitory control over behavior. Some individuals are more vulnerable than others to becoming addicted, depending on genetic makeup, age of exposure to drugs, other environmental influences, and the interplay of all these factors.” *“Principles of Effective Treatment.”*

# DIVERSITÉ, ACCESSIBILITÉ, DURÉE



JMD/CEID/2010

- **No single treatment is appropriate for everyone.**

“Matching treatment settings, interventions, and services to an individual's particular problems and needs is critical to his or her ultimate success in returning to productive functioning in the family, workplace, and society.”

- **Treatment needs to be readily available.**

- **Remaining in treatment for an adequate period of time is critical : at least 3 months.**

“Recovery from drug addiction is a longterm process and frequently requires multiple episodes of treatment.”

# TRAITEMENT GLOBAL, INTÉGRÉ ET INDIVIDUALISÉ

- Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies.
- Many drug-addicted individuals also have other mental disorders.
- Treatment programs should assess patients for the presence of HIV/ AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases as well as provide targeted risk-reduction counseling to help patients modify or change behaviors that place them at risk of contracting or spreading infectious diseases.



# PERSPECTIVES ET CONCLUSION

# PERSPECTIVES

- Diversification des usagers d'opiacés : immigrants, jeunes festifs, en errance, jeunes scolarisés, personnes insérées addicts à des antalgiques opiacés, l'histoire continue...
- Poursuite de l'implication dans les échanges nationaux (conférences de consensus) et internationaux
- Avancées de la recherche en neurobiologie notamment sur les processus pré-frontaux d'inhibition de réponse et sur les mécanismes de stress cortico-surrénaliens qui ouvrent des perspectives importantes en prévention : repérage précoce, rôle central de l'éducation...



## FIAT LUX !

Eviter la tentation réductionniste du standard de traitement.

Approches diversifiées, multi-thérapeutiques.

Dans une société addictogène,

La qualité du traitement social et des soins accordés aux personnes dépendant des opiacés, souvent les addicts au destin le plus tragique, reste un bon indicateur, emblématique, de nos capacités globales à faire société.

Et donc aussi à faire œuvre de prévention.