



HAL
open science

Étude des pathologies duelles chez les personnes sans-abri en France

Vincent Carret

► **To cite this version:**

Vincent Carret. Étude des pathologies duelles chez les personnes sans-abri en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02382219

HAL Id: dumas-02382219

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02382219>

Submitted on 27 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

Étude des pathologies duelles chez les personnes sans-abri en France

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 09 octobre 2019

Par Monsieur Vincent CARRET

Né le 26 juin 1990 à Saint Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE :

Membres du Jury de la Thèse

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Madame le Docteur STAMBUL Béatrice

Madame le Docteur TINLAND Aurélie

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Directrice



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

Étude des pathologies duelles chez les personnes sans-abri en France

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 09 octobre 2019

Par Monsieur Vincent CARRET

Né le 26 juin 1990 à Saint Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE :

Membres du Jury de la Thèse

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Madame le Docteur STAMBUL Béatrice

Madame le Docteur TINLAND Aurélie

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Directrice

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Christophe Lançon :

Merci d'avoir accepté de présider mon jury et d'avoir cru en mon travail. Merci pour vos enseignements et votre investissement dans la formation des internes, ce fut un véritable plaisir de faire mes premiers pas en tant qu'interne dans votre service.

Je vous prie de croire en l'expression de ma plus grande gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean Naudin :

Merci de me faire l'honneur d'intégrer mon jury de thèse et de vous intéresser à ce sujet.

Merci pour votre grande qualité d'enseignement durant toutes ces années d'internat, période pendant laquelle j'ai pu apprécier l'étendu de votre réflexion et la rigueur de votre sens clinique.

Veillez trouver ici le témoignage de mon sincère et profond respect.

A Monsieur le Professeur Pascal Auquier :

Merci d'avoir accepté de vous mêler au monde de la psychiatrie pour siéger dans mon jury, et de bien vouloir juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Béatrice Stambul :

Ce fut un réel plaisir d'échanger avec vous sur les thèmes de l'addictologie, la psychiatrie et la réduction des risques. J'admire votre parcours, votre implication dans l'addictologie, vous êtes une actrice indispensable dans la réduction des risques en France et c'est un véritable honneur de vous voir apporter votre expertise dans mon jury.

A Madame le Docteur Aurélie Tinland :

Merci d'avoir accepté d'encadrer ma thèse, Aurélie, à un moment où j'étais en pleine remise en question sur mon sujet de thèse. Avec ton dynamisme et ton énergie débordante, j'ai su dès la première rencontre que ce serait stimulant et enrichissant de travailler avec toi.

J'admire ta personnalité, c'est toujours un plaisir de travailler et de discuter avec toi, tant sur le plan professionnel que personnel, et c'est encore mieux entre bons stéphanois ! Je te souhaite tout le meilleur dans ta carrière professionnelle en espérant qu'elle aboutisse à ce que tu désires, car tu le mérites amplement, ainsi que dans ta vie familiale.

Au laboratoire de Santé Publique de la faculté Aix Marseille :

A Monsieur le Docteur Mohamed Boucekine : je te remercie pour ta disponibilité, ta gentillesse, et ta patience face à mes troubles cognitifs majeurs toutes ces heures à m'expliquer et réaliser les analyses multivariées ou des classes latentes. Bonne continuation à toi et à ta petite famille !

A Madame le Docteur Sandrine Loubière : pour vos travaux qui ont été une vraie inspiration pour ma thèse.

A mon père : pour la relecture et la correction, efficace, concis, plus rapide que la lumière !

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
Approche psychosociale clinique du sans domicile :	4
Les travaux de A. Vexliard (1957) « Le clochard »	4
Les travaux de Maisondieu (1997).....	5
Jean Furtos et la question de la souffrance psychosociale	5
Prévalence des troubles mentaux chez les personnes sans domicile fixe dans le monde.....	6
Prévalence des troubles mentaux chez les personnes sans domicile fixe en France :.....	7
Introduction à la notion de pathologie duelle.....	8
Évolution des termes au fil du temps :	8
Conséquences médico-sociales	10
Conséquences financières :	11
Hypothèses étiopathogéniques et modèles théoriques.....	11
Prévalence de la pathologie duelle chez les personnes sans abri :.....	16
Les substances psycho actives :	17
L'usage simple.....	17
L'abus.....	17
La dépendance.....	17
Polydépendance aux substances :	18
Les changements du DSM 5.....	18
L'évaluation complexe de la polyconsommation	19
Quelle prise en charge proposer à une population sans abri présentant des conduites addictives ?	20
L'hôpital, une structure à haut seuil.....	20
Les EMPP (équipes mobiles de psychiatrie et précarité).....	21
Les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé).....	21
CAARUD ET CSAPA :	22
La réduction des risques :	22
Les salles de consommation à moindre risque :	24
Le modèle de prise en charge intégratif :	25
Objectifs de l'étude :	27

MATERIEL ET METHODES	28
Schéma expérimental :	28
Population d'étude :	29
Critères d'inclusion	29
Critères de non inclusion	30
Remarques sur le groupe « Pathologies duelles » :	31
La méthode de collecte des données :	32
Variables recueillies :	32
Les données sociodémographiques	32
Variables relatives au champ sanitaire	32
Variables relatives au champ du logement	34
Analyse des données :	35
RESULTATS.....	36
Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des deux groupes (cf. Tableau 1).....	36
Analyse univariée :	36
Analyse multivariée (cf. Tableau 1) :	38
Pourcentage des substances psycho-actives responsables de la dépendance :.....	42
Prévalence de la pathologie duelle en fonction de la ville de recrutement :.....	43
Analyse en classe latente des substances psycho-actives au sein du groupe « pathologie duelle »	44
Analyse des dépendances aux substances psycho-actives en fonction du diagnostic de trouble schizophrénique ou bipolarité.	48
DISCUSSION	49
Limites de l'étude :	52
Forces de l'étude :	53
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE :	56

INTRODUCTION

Depuis le début des années 1980 la situation des personnes sans-abri est reconnue comme un problème social et de santé publique croissant dans les pays développés. Le chômage et la crise ont précipité les personnes sans abri dans les préoccupations collectives en tant que priorités d'action publique.

Plus de 140 000 personnes sont sans-abri en France. Ce nombre augmente actuellement, dans un contexte économique caractérisé par des inégalités croissantes aux effets potentiellement dramatiques sur la santé physique et psychique. Si la plupart des pays occidentaux sont le théâtre du même type de phénomène, l'exemple Finlandais montre cependant que celui-ci n'est pas une fatalité, et qu'une politique publique fondée sur le relogement immédiat permet de réduire drastiquement le nombre de personnes sans-abri.

Il faut attendre la fin des années 80 pour voir apparaître les premières études scientifiques épidémiologiques, en particulier dans les pays anglo-saxons, tentant de mieux saisir certains phénomènes et caractéristiques de cette population. Les auteurs vont progressivement s'interroger sur la prévalence des troubles mentaux chez les personnes sans-abri, les causes de l'augmentation de cette population et son lien avec le mouvement de désinstitutionalisation en psychiatrie, et de chercher quels services seraient adéquats pour la prise en charge des malades mentaux sans domicile.

La plupart des études mettent en évidence une sur-morbidité psychiatrique avec une prévalence de 30 à 50% de troubles psychiatriques sévères parmi les personnes sans-abri. Cette population fait face à de nombreuses barrières à l'accès aux soins : la stigmatisation, la fragmentation des services médicaux et sociaux, la priorité accordée à la recherche d'un logement et de la nourriture, la « résistance » des professionnels de santé à travailler avec les sans-abri. Au sein de cette population hétérogène, on retrouve un sous-groupe avec une vulnérabilité majeure, comprenant des individus avec une pathologie mentale et une comorbidité addictive.

La pathologie duelle, aussi connue sous le terme de double diagnostic, signifie la présence comorbide d'un ou divers troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, avec une association synergique entre les deux pathologies, qui amènent à une modification des symptômes. Le travail auprès de ces personnes prouve au quotidien combien il est « difficile

d'exercer sa pratique clinique auprès des personnes dépendantes de substances, tant la toxicomanie que les troubles psychiatriques qui lui sont associés semblent avoir un effet délétère sur la situation sociale et tant cette précarité semble elle-même jouer dans le maintien de la toxicomanie, tant l'ensemble du tableau clinique est à comprendre comme le produit des interactions entre ces trois facteurs » (1).

Les troubles psychiatriques ont été identifiés comme des facteurs contribuant au sans-abrisme (2,3) et la dépendance aux substances est à la fois un facteur prédictif d'entrée et un obstacle à la sortie du sans-abrisme (4,5).

Au cours de ces trente dernières années le développement de dispositifs de soins comprenant des centres de prévention en addictologie tels que les CSAPAA et les CAARUD dits « à bas seuil d'exigence » ont permis d'accueillir des personnes sans-abri souffrant de troubles addictifs, quasiment sans condition. Les PASS mobiles en psychiatrie et les EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité) ont complété l'offre de soins mis à la disposition des patients sans abri visant à assurer une interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales.

A partir de 2016 des salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont expérimentées en France (Paris et Strasbourg), visant à améliorer la santé et l'accompagnement des usagers de drogues, et mettre fin aux « scènes ouvertes », tout en améliorant la tranquillité des riverains.

Malheureusement, toutes ces offres de soins, qui sont fragmentées et compartimentées, peuvent contribuer à leur tour à cloisonner davantage les prises en charge et empêchent de nombreux patients de s'inscrire dans une continuité de soins.

Dans ce contexte, l'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de la pathologie duelle sur la santé et l'accès aux soins des personnes sans abri, en comparant la population sans domicile fixe présentant une pathologie duelle et population avec troubles psychiatriques mais sans comorbidité addictologique, puis d'explorer les typologies de consommation de substances dans la population présentant une pathologie duelle.

Les sans abri

Le premier point à éclaircir est celui de la définition : de qui parle-t-on vraiment ? Il existe plusieurs définitions plus ou moins consensuelles, utilisées dans la littérature internationale utilisée pour cibler la population d'étude :

- Selon l'Insee : une personne est dite « sans domicile » si au moment de l'étude (c'est à dire la nuit précédente) elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation, ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, chambres d'hôtels ou appartements ordinaires pour des durées variables. La notion de sans abri serait plus restreinte : une personne qui dort dans un endroit non prévu pour l'habitation ou qui fréquente les centres d'hébergements d'urgence. (6)

- Définition de Gelberg et Linn (7), souvent reprise dans les travaux anglo-saxons : un sans domicile est une personne qui a passé la nuit précédente :
 - Dans un refuge d'urgence ;
 - A la rue ;
 - Dans n'importe quel endroit non prévu pour être un abri ;
 - Dans un hôtel ou chez un proche ou la famille, avec une incertitude sur le fait d'y vivre les 60 prochains jours ;
 - Qui a déclaré qu'elle n'avait pas de logement permanent où elle pourrait aller ;
 - Ou qui vit dans un logement stable mais qui nécessite toujours le soutien régulier des services pour les sans-abri.

- La Classification de la FEANTSEA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) propose une classification regroupant 4 catégories basées sur la situation de vie :
 - Être sans abri (dormant à la rue ou en hébergement d'urgence)
 - Être sans logement (avec un abri mais provisoire dans des institutions ou foyers)
 - Être en logement précaire (sous la menace d'une expulsion, avec des baux précaires)

- Être en logement inadéquat (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère)

Nous pouvons constater que l'inclusion dans la définition de personnes vivant temporairement chez des proches ou dans la famille n'est pas toujours présente et que la durée du phénomène retenu est variable.

Approche psychosociale clinique du sans domicile :

Comme l'évoquent Chauvin & Laporte dans le rapport Samenta (8) il est important de ne pas dissocier l'étude de la santé mentale des sans abri, des conditions, des processus ou des déterminants qui rendent compte, avant tout, de leur situation d'exclusion. Aussi il me semble nécessaire d'aborder trois périodes théoriques mais aussi trois moments culturels en lien avec la question de l'exclusion des sans domiciles.

Les travaux de A. Vexliard (1957) « Le clochard »

Vexliard est l'un des premiers auteurs à avoir caractérisé l'exclusion comme un processus et non pas comme un état ou une psychopathologie. Il définit l'exclusion comme « un symptôme caractéristique d'un processus de désocialisation qui sépare l'individu et de l'institution. C'est un divorce par consentement mutuel, reposant sur le constat d'un statut d'étrangeté fondamentale entre l'un et l'autre. » (9)

Le processus d'exclusion est décrit en différentes phases :

- La rupture d'un lien fort (divorce, licenciement, handicap)
- La phase agressive (face à son environnement)
- La phase de repli (atteinte narcissique majeure avec honte)
- La rupture interne (le sujet rompt avec son histoire). Le sujet déploie des défenses de survie, et les substances psychoactives deviennent une solution.
- La phase de résignation totale : Le divorce est consommé, il rejette la vie des inclus et revendique celle des exclus. Les formations réactionnelles s'effacent : la propreté, la pudeur, les soins de soi et du corps.

Les travaux de Maisondieu (1997)

Dans son livre « La fabrique des exclus » Maisondieu soutient deux idées fortes concernant l'exclusion. Celle-ci est le résultat d'un processus de disqualification de la société « face à l'exclusion nous produisons de l'exclusion », et elle témoigne d'une rupture du lien d'appartenance commune et du lien fraternel.

Jean Furtos et la question de la souffrance psychosociale

Motivé par le désarroi des professionnels de santé confrontés à l'exclusion des personnes sans abri, Jean Furtos travaille sur la souffrance d'origine sociale et explique dans son livre *Les cliniques de la précarité* (10) comment, suite à une série de microtraumatismes d'apparences bénins qui s'accumulent ou suite à un plus gros traumatisme (perte d'un être proche, perte d'emploi, viol), le sujet peut glisser vers un syndrome d'auto-exclusion qui le conduira à la rue et à l'incapacité de demander de l'aide. Ce syndrome d'auto-exclusion est décrit par plusieurs signes cliniques qui rendent compte de la complexité d'approche des soignants qui en découle.

- Le premier signe est une inhibition de la pensée et des émotions.
- Le deuxième signe est une anesthésie partielle du corps cliniquement vérifiable, ces personnes ne sentent pas les douleurs des maladies qu'elles pourraient présenter.
- Le troisième signe décrit par Furtos est que sur ce fond d'émoussement des affects, on peut observer des troubles du comportement souvent violents, déclenchés par des rapprochements avec autrui (personnel soignant, famille).
- Le quatrième signe est une diminution de la capacité de la demande, voire même l'abolition de cette capacité. Le sujet ne peut ni ne veut demander de l'aide ou des soins.
- Le cinquième signe est une rupture active et continue avec l'entourage.
- Le sixième signe est une diminution de la honte, sentiment humain normalement présent lorsqu'on n'est plus en mesure de répondre aux exigences ou à l'idéal d'un groupe social.
- Le septième signe est l'apparition de l'incurie, la négligence va porter sur l'hygiène, le fait de se nourrir, le repli, des problèmes de santé, des dettes, un isolement croissant dans les formes les plus graves. Ces personnes vont aussi s'entourer d'objets hétéroclites (couvertures, déchets parfois) pour se servir d'armure vis-à-vis de l'extérieur.
- Le huitième signe est l'apparition de comportements paradoxaux, mettant en échec toute tentative d'aide (refus d'un logement même pour une nuit).

- Le neuvième signe décrit est la mort prématurée qui est l'aboutissement du syndrome d'auto-exclusion qui n'est pas un suicide mais l'abandon de soi-même, un désinvestissement de soi.

Toutefois Furtos ajoute que la conjonction de pauvreté, exclusion et aléas de l'existence est en soi insuffisante pour rendre compte de cette réalité. L'existence de troubles psychiatriques et les conduites addictives sont de lourds facteurs de risque d'exclusion et de sans abris.

Prévalence des troubles mentaux chez les personnes sans domicile fixe dans le monde.

De nombreuses études de prévalence des troubles psychiatriques ont été réalisées auprès de personnes sans abri depuis la fin des années soixante, dont certaines études avec un degré de robustesse important. Ces études ont été menées pour la plupart aux États-Unis, au Canada, au Royaume Uni ou Australie.

Toutes ces études font état de prévalences plus élevées des troubles psychiatriques sévères, comparé à la population générale.

La méta-analyse de Fazel (11) est une référence majeure de la littérature sur le sujet, et considère 29 études publiées entre 1979 et 2005 dans les pays occidentaux. Elle inclut 5 684 personnes sans domicile avec différentes méthodes d'échantillonnage utilisées. La prévalence estimée pour les troubles psychotiques s'élève à 12,7% et de 11,4% pour les troubles dépressifs majeurs. La dépendance à l'alcool est rapportée dans 10 études et sa prévalence est de 37,9% pour l'ensemble des participants. Concernant les drogues illicites, seulement 7 études les mentionnent avec une prévalence de la dépendance à 24,2%. La majorité des études n'incluaient qu'une seule sous-population de personnes sans abri, en particulier les personnes vivant dans les hébergements d'urgence.

Une étude menée par North (12) a comparé les prévalences des troubles psychiatriques dans les mêmes lieux, à trois reprises (1980,1990,2000) avec la même base méthodologique et note une augmentation au cours du temps des troubles de l'humeur et des troubles addictifs, ainsi que de la proportion des minorités ethniques dans cette population.

Peu d'études ont utilisé des mesures standardisées psychométriques afin d'évaluer les troubles liés à la santé mentale et à la toxicomanie, ce qui limite la comparabilité des résultats entre les études et les pays (13).

En effet le recrutement et l'évaluation des personnes sans abri se heurtent à des difficultés méthodologiques: trouver une définition appropriée du sans abrisme, obtenir des échantillons représentatifs de personnes sans domicile et obtenir des informations fiables et valables sur la santé mentale et la consommation de substances psychoactives (14,15). Cependant, l'hétérogénéité des prévalences retrouvées dans les études ne peut s'expliquer totalement par les caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées. En revanche l'offre de soins psychiatriques et la prise en charge sociale des SDF jouent sans doute un rôle non négligeable.

Prévalence des troubles mentaux chez les personnes sans domicile fixe en France :

Une première étude a été menée à Paris en 1996 sur 715 personnes, recrutées dans des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'hébergement de longue durée, des lieux de distribution de repas gratuits et des points soupe (16). La prévalence des troubles psychotiques sur la vie était estimée à 16 %, dont 14,9 % pour la schizophrénie ; les troubles de l'humeur sur la vie étaient retrouvés chez 41,0 % des personnes avec 33,7 % de troubles dépressifs, 3,6 % de troubles bipolaires.

L'enquête Samenta (8) réalisée en 2010 à Paris répond à une demande de la Préfecture de Paris concernant l'estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans logement personnel en Ile-de-France. Elle recense 21 176 personnes sans logement personnel fréquentant les services d'aide en Ile-de-France et retrouve une prévalence de trouble psychotique de 13,2 % des personnes, dont 8,4 % de schizophrénies, qui serait huit à 10 fois supérieure à celle de la population générale. Cette stabilité de la prévalence des troubles psychotiques chez des personnes sans logement, dans le temps et dans l'espace, est difficile à interpréter. La rupture sociale est un risque important pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères : une étude (2) donnait une prévalence de 15 % de personnes s'étant retrouvées sans logement au moins une fois dans les 12 derniers mois et de 20 % chez les personnes atteintes de schizophrénie. Ces dernières avaient un risque deux fois plus élevé (OR=2,4) de se retrouver sans logement que les autres personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères. Les facteurs associés à ce risque, en dehors de la couverture médicale, étaient une comorbidité avec les addictions. Une dégradation de la situation sociale rend a fortiori les personnes atteintes de troubles psychotiques encore plus vulnérables. La prévalence des troubles dépressifs est de 20,3 %, similaire à l'étude de V. Kovess, alors qu'il est estimé à 11% dans la population générale (17).

Enfin, les tentatives de suicide et un risque suicidaire étaient retrouvés respectivement quatre fois et trois fois plus élevés qu'en population générale.

Introduction à la notion de pathologie duelle.

Durant de nombreuses années, dans le champ de la psychiatrie ou de l'addictologie, les professionnels de la santé ont souvent rejeté l'hypothèse selon laquelle il existait une comorbidité entre ces deux spécialités et les considéraient à tort comme un diagnostic indépendant et sans aucun fondement clinique.

L'augmentation de la consommation de drogues chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques complexifient les prises en charge, et les rendent plus coûteuses en termes de dépenses de santé. Des années 70 aux années 2000 des groupes de psychiatres et psychologues (18–24) introduisent progressivement les termes de « double diagnostic », « comorbidité », « co-occurrence » « trouble duel ». Grâce aux avancées de la recherche, on dispose à ce jour de données grandissantes sur la clinique, l'étiopathogénie, le traitement et l'évolution des comorbidités que l'on retrouve entre la psychiatrie et le champ des addictions.

De nos jours, le terme pathologie duelle gagne progressivement de nouveaux adeptes, en proposant une nouvelle pathologie résultant de l'interaction synergique entre les maladies mentales et les addictions, changeant les symptômes du patient, non seulement au niveau quantitatif mais également qualitatif, avec l'apparition d'une nouvelle interaction dynamique entre les deux troubles qui vont connaître une évolution synergique permanente (25).

Évolution des termes au fil du temps :

La comorbidité est définie comme la présence simultanée d'un trouble psychiatrique et d'un trouble addictif. Ces comorbidités peuvent être étudiées à la fois du point de vue des patients psychiatriques qui prennent des drogues et vice versa dès l'hypothèse des patients addicts développant un trouble mental d'origine psychotoxique. Rosenthal (2003) puis Kranzler (2004) (24,26) proposèrent le terme de double diagnostic.

Les auteurs Meyer et Mueser (21,27) décrivent les différents types de relations que l'on peut retrouver entre ces deux pathologies sur le plan clinique :

1. Les deux troubles ont une étiopathogénie indépendante, de sorte que le diagnostic, le traitement, et leur évolution peuvent être considérées individuellement, sans avoir besoin d'une approche intégrale.
2. La co-occurrence des deux troubles est due à des causes iatrogènes. La suppression des médicaments psychoactifs prescrit par le médecin peut alors résoudre le problème.
3. L'apparition des troubles mentaux est due à un effet de psychotoxique direct de la drogue. Dans ce cas, sa suppression peut faire disparaître le trouble psychiatrique.
4. Les deux troubles présentent une vulnérabilité psychobiologique partagée, développant une interaction synergique qui génère l'apparition d'une nouvelle pathologie avec un tableau clinique propre qui devra alors être abordé dans sa globalité et par des professionnels spécifiquement formés dans la prise en charge de cette pathologie.
5. Les troubles mentaux facilitent l'apparition d'addictions et on peut alors appliquer l'hypothèse de l'automédication selon laquelle les drogues amélioreraient la symptomatologie psychiatrique. Cette interaction peut se donner, ou pas, avec une vulnérabilité psychobiologique partagée.

Ainsi si les deux entités sont indépendantes, ou sont le produit d'une vulnérabilité iatrogène, il semble plus adapté d'utiliser le terme double diagnostic, évoquant une présence simultanée et « accidentelle » des deux pathologies, qui devront être séparées et traitées comme telles.

En revanche si l'on considère que les deux pathologies sont dépendantes et font apparaître une nouvelle pathologie cliniquement différente des deux premières, il faudra miser sur une approche intégrative et utiliser le terme de pathologie duelle : elle est la présence comorbide d'un ou divers troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient avec des processus synergiques entre les deux pathologies qui amènent à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution.

L'approche diagnostique doit ainsi toujours être menée conjointement et globalement pour les deux troubles et l'évolution et la rémission du patient dépendra de l'amélioration du tableau clinique de l'ensemble.

Le concept de pathologie duelle implique également que la rechute de l'un des deux troubles provoquera forcément celle de l'autre, ce qui contraint les soignants à penser et adopter des

stratégies de prévention dès le début de la prise en charge de la rechute afin d'éviter la réapparition de l'ensemble.

Le terme Pathologie Duelle a été inventé par le Dr Casas (22) il y a environ 25 ans puis s'est petit à petit étendu à l'Espagne, Portugal puis à l'Amérique Latine. Depuis quelques années il a rapidement acquis une grande reconnaissance dans des congrès au niveau international. Cette dénomination permet d'accompagner et de revaloriser la nécessité urgente d'intégrer ces deux réseaux de soins conventionnels, habituellement séparés.

En conclusion, bien qu'il soit à peu près certain que les deux troubles partagent un grand nombre de similitudes psychopathologiques, aucun lien de causalité unique n'a pu être établi. Il existe donc de nombreux sous-groupes diagnostiques et cliniques qui reflètent la grande diversité des interactions possibles entre ces deux pathologies.

Conséquences médico-sociales

Sur le plan social, ces populations comorbides sont plus souvent confrontées à des difficultés financières graves, à l'absence de domicile ou une errance, ainsi qu'une moins bonne compliance au traitement et des problèmes judiciaires pouvant aller jusqu'à l'incarcération. Le risque suicidaire est plus élevé en cas de comorbidité, notamment en cas de trouble de l'usage de l'alcool. Il existe en effet une association entre idées suicidaires, conduites suicidaires et trouble alcoolique chez les personnes souffrant de troubles psychiatrique (28), et cela participe à la mortalité précoce de ces sujets comorbides (29).

Sur le plan des conséquences médicales, une accumulation des comorbidités somatiques est constatée, consécutive à la synergie des troubles addictifs et psychiatriques ainsi que celles liées aux traitements. Une étude publiée en 2014 (30) cherchait à évaluer le taux de mortalité lié à l'usage du tabac en milieu hospitalier, et a montré que le tabac en intra hospitalier pouvait être responsable de 53% des décès de la cohorte des patients schizophrènes, 48% des décès de la cohorte des patients bipolaires et 50% des décès des patients dépressifs. Il souligne également l'élévation de la résistance aux traitements induite par le tabac et la nécessaire augmentation de la posologie des traitements et donc des effets indésirables. Par exemple, il a été démontré que le tabac diminuait de 30% les concentrations sériques de clozapine et d'halopéridol (31).

Conséquences financières :

La prise en charge des patients présentant un trouble co-occurent reste difficile de par la nature complexe des troubles et l'inadaptation des systèmes de soins. Le recours à une prise en charge intégrée en un même lieu reste minoritaire et laisse souvent place à une prise en charge double, addictologique et psychiatrique, manquant souvent de coordination.

Les patients qui entrent d'abord par la porte psychiatrique représenteraient une charge économique supérieure à ceux initialement pris en charge en addictologie (32). Le coût économique et sanitaire global est plus élevé qu'en population générale, il augmenterait proportionnellement au niveau de comorbidité chez les personnes ayant une pathologie psychiatrique (33) avec recours plus fréquent aux soins ambulatoires et aux services d'urgence (34).

Hypothèses étiopathogéniques et modèles théoriques

La présence d'un trouble psychiatrique favorise-t-elle l'émergence de l'addiction, ou est-ce le contraire ? Existe-t-il des facteurs communs précipitant l'apparition de ces deux troubles ? Concernant la co-occurrence des troubles, s'agit-il d'un mode d'installation simultané ou successif ?

Plusieurs hypothèses ont été émises ces dernières années afin de mieux comprendre le type de relation que peuvent entretenir ces champs pathologiques et ainsi expliquer les raisons de leurs associations fréquentes. Devant la grande hétérogénéité des présentations cliniques, chacune des situations comorbides peut être abordée sous un angle d'approche différent, mais aucune de ces hypothèses ne peut prétendre être la seule explication du phénomène.

Modèle du trouble addictif secondaire :

Ce module postule que la présence d'une pathologie mentale favorise le développement des addictions. Plusieurs facteurs de vulnérabilité inhérents à la pathologie mentale prédisposeraient les individus qui en souffrent à recourir aux drogues. Plusieurs liens de causalité sont proposés.

La théorie de l'automédication :

Théorie proposée par le psychiatre et psychanalyste Khantzian (35) dans les années 80, qui suggère que le recours aux drogues répond à un besoin d'apaiser voir de contrer certains

symptômes psychiatriques ou effets indésirables de traitements. Son approche des addictions diffère des représentations de l'époque qu'il juge trop moralisantes et surtout insuffisantes pour expliquer les mécanismes psychopathologiques complexes des comportements addictifs. Il affirme que l'usage de drogues ne peut être réduit à la simple recherche d'euphorie, de fuite ou d'autodestruction comme cela était perçu dans les années 70. Le choix des drogues serait sélectionné en fonction de leurs effets psychotropes spécifiques et de leur capacité à agir sur certains types de symptômes psychiatriques. Il précise que ses tentatives d'automédication bien que vouées à l'échec à long terme permettent aux toxicomanes de faire face dans l'immédiat aux difficultés de la réalité extérieure et à tout un ensemble d'états émotionnels douloureux. En conclusion, bien que cette hypothèse puisse paraître pertinente sur le plan clinique, elle manque de preuves scientifiques. A ce jour, les résultats des différentes études épidémiologiques menées (36,37) sur le sujet ne corroborent pas les observations faites par Khantzian.

[Théorie de l'atténuation de la dysphorie :](#)

Cette théorie suggère que les personnes souffrant de pathologies mentales ressentent fréquemment un ensemble de symptômes dysphoriques qu'ils chercheraient à atténuer en consommant des substances psychoactives (38). Ces symptômes sont assez hétérogènes, il s'agit d'un mal être incluant les émotions négatives comme l'anxiété, la dépressivité, l'ennui, la solitude. Cela pourrait ainsi expliquer le taux élevé de comorbidité addictive dans ces populations. Plusieurs études (39,40) viennent par ailleurs étayer cette hypothèse en expliquant que l'atténuation de la dysphorie serait une des motivations principales à l'initiation de drogues dans ces populations. Contrairement à la théorie de l'automédication, il n'y a dans cette théorie aucune spécificité dans le choix des drogues.

[Théorie des multiples facteurs de risque :](#)

Cette hypothèse suggère que même s'il existe des preuves en faveur de la théorie de l'atténuation de la dysphorie, d'autres facteurs de risques facilitent l'apparition de conduites addictives chez les personnes atteintes de pathologies mentales : l'isolement social, de faibles compétences interpersonnelles, cognitives, l'échec scolaire et professionnel, la pauvreté, l'exposition aux drogues et la fréquentation de sujets dépendants (27). Cette théorie nous oblige à prendre en considération les facteurs environnementaux et sociaux, afin d'adopter une approche globale avec des prises en charges psychothérapeutiques et sociales.

Théorie de l'hypersensibilité :

Cette théorie est centrée sur le modèle de vulnérabilité au stress et est proposée chez les sujets présentant une pathologie psychiatrique sévère. Elle a été particulièrement étudiée dans le cadre de la schizophrénie. Cette vulnérabilité d'ordre psychobiologique serait associée à la présence de facteurs génétiques et environnementaux. L'interaction de ces deux types de facteurs favoriserait voire précipiterait l'émergence d'un trouble psychiatrique ou sa rechute. Ainsi, la personne souffrant de pathologie mentale porteuse de cette vulnérabilité aurait de moins bonnes capacités de gestion du stress, et son exposition à un agent stressant (substance psychoactive par exemple) pourrait aboutir à l'émergence de symptômes psychiatrique, ce qui pourrait expliquer l'association fréquente des toxiques avec les épisodes de décompensation psychiatrique. Ces individus présenteraient donc une « hypersensibilité » aux effets de certaines substances et auraient donc tendance à en subir plus rapidement les effets néfastes. Cela a pu être constaté chez des patients schizophrènes au cours d'études longitudinales où moins de 5% d'entre eux étaient capables de consommer sans symptômes ni conséquences négatives (41). Cette théorie permet d'expliquer les conséquences psychiatriques souvent sévères et les faibles quantités de consommation de substances associées observés chez certains patients.

Pour conclure, le modèle du trouble addictif secondaire profite d'un certain nombre d'arguments en sa faveur sur le plan neurobiologique mais aussi chronologique. En effet, des études épidémiologiques tendent à montrer que les troubles psychiatriques apparaîtraient en moyenne 5 à 10 ans plus tôt que les troubles addictifs (42). Quoi qu'il en soit, il reste un des modèles les plus étudiés et les plus fréquemment rencontrés en pratique clinique par les professionnels de santé notamment en psychiatrie.

Modèle du trouble psychiatrique secondaire :

Ce modèle, à l'inverse du modèle précédent, suggère que le trouble addictif est à l'origine du développement ou du maintien de la pathologie mentale. Cela dépasse la simple apparition de symptômes ou de syndromes psychiatriques en lien avec les effets psychotoxiques directs des drogues qui régressent après arrêt de l'exposition. Ce qui est le cas par exemple des psychoses induites par la consommation de produits psychodysléptiques (LSD, cannabis le plus souvent) ou par la surconsommation répétée de produits psychostimulants comme l'ecstasy et la cocaïne. L'usage répété et chronique de drogues serait responsable d'un ensemble de

modifications cérébrales structurelles qui à terme favoriseraient l'émergence d'une pathologie mentale chez un individu prédisposé. Les résultats de plusieurs études viennent étayer et soutenir cette théorie, notamment concernant le lien entre cannabis et psychose (42), ou l'alcool et la dépression (43). Cette théorie est assez controversée et plusieurs résultats d'études alimentent le doute de nombreux auteurs. En effet, dans le cadre du trouble bipolaire, une étude montre qu'environ 40% des addictions apparaissent dans un second temps, les sujets comorbides ne présentent pas moins d'antécédents familiaux que les sujets sans comorbidité addictives, et qu'il n'y a pas de résolution du trouble après une période de sevrage(44). Concernant la schizophrénie, son taux de prévalence reste constant en population générale malgré un niveau de consommation de toxiques croissant ces dernières décennies.

Modèle des facteurs communs :

Ce modèle propose d'expliquer le taux élevé de comorbidité par la présence de facteurs de vulnérabilité communs susceptibles d'augmenter le risque de développer l'une et/ou l'autre des pathologies. Dans la mesure où ces deux pathologies répondent au même modèle étiopathogénique combinant des interactions entre une susceptibilité polygénique et l'environnement, cela laisse la place à tout un ensemble de facteurs génétiques ou environnementaux pouvant être partagés. Les deux facteurs de risques les plus étudiés sont ceux de la vulnérabilité génétique et de la personnalité antisociale.

Vulnérabilité génétique :

Les facteurs génétiques jouent un rôle important dans l'émergence des pathologies addictives et psychiatriques et la composante héréditaire de ces deux maladies prises séparément a été clairement démontrée par des études d'agrégations familiales. Plusieurs études ont montré qu'un sujet atteint simultanément d'une pathologie addictive et psychiatrique avait plus de risque d'avoir des parents atteint de la même addiction comparativement aux sujets souffrant de pathologie psychiatrique sans addiction. Cela indique que la vulnérabilité génétique joue un rôle dans le développement de certaines pathologies addictives comorbides chez le sujet souffrant de pathologie mentale (45). Aucune étude n'a cependant pu établir un lien direct entre ces facteurs de vulnérabilité partagés et une élévation du taux de comorbidité des deux pathologies.

La personnalité antisociale :

Ce trouble de la personnalité est défini par un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites caractérisées par l'impulsivité, une instabilité affective et professionnelle ainsi que des tendances antisociales (indifférence froide envers les sentiments d'autrui, un mépris des normes et des règles, une faible tolérance à la frustration, une tendance nette à blâmer autrui...). Ce trouble est relativement controversé par de nombreux auteurs, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord se pose la question de l'approche catégorielle des troubles de la personnalité, jugée trop réductionniste et finalement pas assez discriminante. D'autre part les critères diagnostiques du trouble de personnalité antisocial dans les études se superposent à ceux des troubles addictifs, risquant de confondre la personnalité antisociale avec un sous type de comportement addictif. De plus l'intégration dans la définition même de ce type de personnalité de la notion de tendances antisociales donne une connotation morale à ce concept que l'on retrouve tout au long de l'histoire de son développement. On peut néanmoins citer quelques études montrant une association forte entre ce trouble de personnalité et les conduites addictives, notamment l'alcoolodépendance (46). Il s'accompagnerait d'une évolution plus péjorative de la maladie avec une dépendance plus sévère et des conséquences physiques et sociales plus graves (47).

Modèle bidirectionnel :

Ce modèle suggère que ces deux pathologies possèdent une étiopathogénie indépendante et que le taux de comorbidité élevé provient d'un effet d'interaction continu entre elles (48). Troubles psychiatriques et addictifs peuvent ainsi s'influencer réciproquement et aggraver le cours de leur évolution. Ce modèle reste assez théorique et repose actuellement sur peu de données, et reste compatible avec une prise en charge plutôt individuelle de chacun d'entre eux, sans forcément avoir besoin d'une approche intégrale.

Prévalence de la pathologie duelle chez les personnes sans abri :

Il existe peu de littérature portant sur le profil des sans abri souffrant des pathologies duelles. Drake est l'un des premiers auteurs à mener des études sur la prévalence de la pathologie duelle chez les personnes sans abri dans les années 80. Il souligne les difficultés que représentent l'absence de définition consensuelle pour le double diagnostic ou la pathologie duelle, l'absence d'échelle d'évaluation standardisée pour les pathologies duelles chez les personnes sans abri (49). En effet certains items d'outils standardisés ne paraissent pas appropriés au vécu des sans abri (par exemple le sommeil et la dépression). De plus cette population présente une hétérogénéité majeure sur le plan démographique, le type de diagnostic, l'origine et la durée du temps de vie passé à la rue, la sévérité de son addiction et le type de substances consommées. Toutes ces difficultés d'évaluation et surtout l'hétérogénéité du groupe rendent difficiles les généralisations sur les pathologies duelles chez les personnes sans domicile.

Plusieurs études menées ces vingt dernières années ont néanmoins permis d'approfondir les connaissances sur le sous-groupe spécifique des sans-abris présentant des pathologies duelles, afin de mieux cerner leurs caractéristiques et leurs facteurs de risques associés.

La méta-analyse de Fazel (50) retrouvait une prévalence de pathologie duelle de 58-65% chez les personnes sans-abri alors qu'elle est inférieure à 1% dans la population générale.

L'étude de L. Zhang (51) est particulièrement intéressante car elle est longitudinale et porte sur 4 ans de suivi, elle recense 1190 personnes sans domicile ou logées de façon précaire, à Vancouver, Ottawa et Toronto. Elle retrouvait une prévalence de trouble co-occurent de 25% dans l'échantillon. Les personnes présentant un trouble co-occurent étaient sensiblement plus jeunes, avaient plus de pathologies chroniques, consultaient plus aux urgences somatiques et étaient plus souvent hospitalisées. Plusieurs études similaires retrouvaient un niveau plus élevé d'utilisation du système de soins par les personnes souffrant d'une pathologie duelle (52–54).

En France, l'étude Samenta (8) retrouvait un risque 5 fois plus élevé de développer une addiction chez des personnes sans abri souffrant d'un trouble schizophrénique. Près de la moitié des personnes atteintes de troubles psychotiques présentaient une dépendance à au moins un produit psychoactif. Elles étaient dépendantes à l'alcool dans 30 % des cas et consommaient régulièrement du cannabis dans plus de 30 % des cas. En revanche, les personnes atteintes de troubles de l'humeur (dont les dépressions) et de troubles anxieux (dont l'anxiété généralisée) présentaient significativement moins de comorbidités avec une ou plusieurs addictions que les

personnes non atteintes de ces troubles, résultats qui rentrent en contradiction avec ceux de l'étude précédente de Kovess (16) et plusieurs études internationales retrouvant une association forte entre trouble de l'humeur et addictions. L'auteur Maremmani, dans deux de ses études menées successivement au Canada, (55,56) retrouvait un risque d'être dépendant à une substance multiplié par 2,3 chez les personnes sans abri souffrant d'un trouble bipolaire. Ces derniers consommaient plus de cocaïne, de cannabis, de dérivés opiacés et anxiolytiques que des personnes sans abri souffrant de schizophrénie.

Les substances psycho actives :

Selon la définition de l'OMS, une substance psychoactive est une « substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. Cette désignation de même que son équivalent de psychotrope sont les termes les plus neutres et descriptifs qui puissent s'appliquer à toute la catégorie des substances, licites ou non, qui présentent un intérêt pour les politiques de contrôle des drogues. »(57)

Le terme «psychoactif» n'implique pas forcément une dépendance; il est souvent omis dans le langage courant, par exemple quand il est fait référence à l'«utilisation de drogues» ou à l'«abus de substances» (par exemple la caféine).

L'usage simple

C'est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres. Elle peut être à visée récréative ou thérapeutique ponctuelle.

L'abus

C'est une consommation répétée qui induit des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs et sociaux soit pour le sujet soit pour son environnement sans atteindre le niveau de dépendance.

La dépendance

La dépendance a longuement été définie comme une perte de liberté de s'abstenir, ou d'une perte de contrôle. Dans le DSM 4, la dépendance à une substance était caractérisée par une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative associée à la présence de 3 critères sur une durée de 1 an parmi :

- Tolérance: augmentation des doses ou diminution de l'effet à même dose

- Sevrage: syndrome clinique de sevrage ou prise pour le soulager ou l'éviter
- Efforts infructueux pour diminuer ou contrôler les prises
- Réduction ou abandon des activités sociales, professionnelles ou de loisir
- Prises en quantité plus importante ou période plus prolongée que prévue
- Beaucoup de temps passé à obtenir la substance, récupérer ses effets
- Persistance de l'utilisation malgré retentissement physique ou psychologique

Pendant longtemps les experts de l'OMS ou de l'APA (Association Américaine de Psychiatrie) ont cherché à la définir en tentant de distinguer ce qui relevait de la dépendance psychique et ce qui relevait de la dépendance physique . Cette distinction est maintenant obsolète, elle a disparu du DSM 5 dans une approche plus dimensionnelle (tout comme l'abus de substance).

Polydépendance aux substances :

Les chercheurs en addictologie ont été habitués à faire face à des troubles liés à l'usage d'une seule drogue (p. ex. " simple " héroïne ou cocaïne), même si, dans une perspective longitudinale, les habitudes de consommation de substances qui comprennent le "changement de drogue " et les toxicomanies mixtes sont courantes.

De nombreuses études pointent l'importance croissante de la polyconsommation de substances psychoactives dans la société lors de ces vingt dernières années, et en particulier dans des sous-groupes de population comme les personnes sans abri. (55). En effet à partir des années 90, nous allons assister à une paupérisation de la toxicomanie, avec un objectif de modifier le plus possible son état de conscience au prix le plus modique. C'est dans ce cadre que toutes les associations seront possibles et notamment celle des benzodiazépines potentialisées par l'alcool. De nombreux consommateurs ne choisiront plus leurs produits mais consommeront ce qui passera à portée de main, parfois sans forcément savoir ce qu'ils consomment.

Les changements du DSM 5

Sur le plan diagnostique, la polydépendance aux substances a été supprimée du dernier DSM 5. Elle était définie dans le DSM 4 comme l'utilisation de trois substances ou plus (à l'exclusion de la caféine et de la nicotine) sans que prédomine l'une des substances. Une des conditions requises était de ne pas avoir de préférence pour une substance, et la principale motivation à la consommation était une intoxication ininterrompue. Les critères de dépendance sont remplis pour les substances considérées en général mais pour aucune substance en particulier.

Les termes de diagnostic d'abus et de dépendance pour toutes les substances ont également été supprimés du DSM-5 sur la base d'une approche dimensionnelle des critères diagnostiques, contrairement à l'approche catégorielle des anciens DSM. Le terme de diagnostic non dichotomisé «Troubles de l'utilisation de substances» est maintenant représenté par un continuum de gravité allant de 2 critères «légers» à 11 critères «graves». Les patients qui consomment fréquemment plusieurs substances seront diagnostiqués par type de substance et classés sur cette échelle. Ainsi certains auteurs craignent que ce groupe de patients polydépendants, qui représente un petit effectif certes, mais pertinent sur le plan clinique, soit désormais intégré à un ensemble plus large de diagnostics de trouble de l'usage de substance.(58)

L'évaluation complexe de la polyconsommation

La quasi-totalité des auteurs s'accordent à dire que la plupart des personnes sans abri présentent un trouble de l'usage à plusieurs toxiques (51). La polyconsommation est une tendance qui se confirme depuis ces dernières décennies dans la population générale. L'analyse épidémiologique est plus complexe et manque encore de travaux mais des associations de substances commencent à être distinguées (59).

La polyconsommation a plusieurs fonctions, en combinant les drogues avec des mécanismes d'action similaires sur le système nerveux central (SNC), l'individu peut potentialiser des effets recherchés, comme par exemple l'adjonction de benzodiazépines ou somnifères avec l'alcool à visée anxiolytique et sédatrice.

Le patient peut également associer des drogues aux mécanismes d'action différents sur le système nerveux central en vue d'intensifier le bénéfice perçu de chaque substance : les opioïdes et benzodiazépines, le speedball (le mélange cocaïne-héroïne), stimulants et hallucinogènes ou encore cocaïne et alcool.

L'étude NESARC en 2012 (60) révèle que le sexe masculin, les jeunes adultes, et les pathologies duelles étaient des facteurs de risque de présenter une polydépendance. De plus la polyconsommation entraînait une probabilité accrue d'overdose, de suicide, de comportements sexuels à risque, de maladies infectieuses et de résistances aux traitements (61). Par exemple l'association de cocaïne avec l'alcool forme le complexe cocaéthylène (62) et peut multiplier par 3 le risque d'accident cardiovasculaire.

Certaines équipes (Australie (63), Royaume-Uni (64), Danemark (65), États-Unis (58)) ont développé l'usage d'outils statistiques : les analyses en modèles de classes latentes qui appartiennent

des variables mesurables, telles que les consommations pour chaque drogue, et composent de nouvelles variables dites « latentes », ici, les diverses associations entre ces drogues. Ainsi cet outil permet de dresser des profils d'usagers de substances en fonction des différentes variables mesurables.

Sur le plan clinique, l'évaluation addictologique doit appeler à une vigilance accrue en cas de polyconsommation. Face à des individus ne consommant que de l'alcool, l'association tabac/alcool entraîne une altération de l'état général plus marquée, l'association sédatifs et alcool ou le groupe cannabis, dérivés amphétaminiques, et médicaments sous prescription entraînent des symptômes dépressifs plus importants (62). Par rapport à une consommation limitée au cannabis, l'ajout d'alcool, de tabac et de dérivés amphétaminiques est associé à un nombre plus important de dépressions, anxiétés, manies et symptômes psychotiques (58).

Quelle prise en charge proposer à une population sans abri présentant des conduites addictives ?

L'hôpital, une structure à haut seuil.

Secondairement au phénomène de désinstitutionnalisation dans les années 60, les hôpitaux psychiatriques ont progressivement fermé un nombre important de lits. Ce mouvement de désinstitutionnalisation, théoriquement suivi d'ouverture des services dans la communauté, a entraîné entre 1970 et 1990 la fermeture de 88 000 lits de psychiatrie en France, et la durée moyenne de séjour est passée de 250 à 57 jours. Les structures psychiatriques sont devenues plus difficiles d'accès pour des patients en situation précaire (66), les sans domicile sont devenus de plus en plus itinérants, avec une apparition du syndrome de la « porte tournante » (hospitalisations à répétition). Enfin l'inégalité territoriale des alternatives à l'hospitalisation a été majorée (67).

Une enquête réalisée en 2008 à Marseille (84) retrouve une durée d'hospitalisation de 30 jours pour la population générale contre 8 jours pour les SDF. La personne sans-abri hospitalisée quittait l'hôpital prématurément : contre avis médical (67%) ou pour infraction au règlement (33%). Lorsque la sortie était programmée, la personne retournait à la rue dans 30% des cas, ou était orientée sur une structure d'hébergement de type foyer (41,94%) ou CHRS (32,26%).

Les causes de cette courte durée d'hospitalisation chez les sans domicile sont multiples : les difficultés d'adaptation du sans domicile au cadre strict de l'hospitalisation, la stigmatisation et la résistance des professionnels de santé, mais également la dépendance à une substance empêchant le bon déroulement d'une hospitalisation dans un établissement prônant l'abstinence.

Les EMPP (équipes mobiles de psychiatrie et précarité)

Depuis le début des années 1990 en Europe, inspirées par le modèle ACT (Assertive Community Treatment) aux États-Unis, les équipes mobiles de psychiatrie et précarité (EMPP) se développent peu à peu et vont à la rencontre des personnes souffrant de troubles psychiques sévères en rupture ou en décrochages répétés et aussi des personnes sans abri, fragiles et marginalisées qui peinent à s'adresser aux structures de droit commun. Les objectifs de ces équipes sont de repérer ces personnes nécessitant un accompagnement vers les structures médico-sociales de droit commun ou associatives susceptibles de les prendre en charge ; organiser des consultations médicales, de prévention et sociales ; informer les personnes sur leurs droits et les accompagner dans leurs démarches si nécessaire ; recevoir dans les centres de soins de médecine communautaire ceux qui ne bénéficient pas de droits ouverts en attendant qu'ils recouvrent leurs droits à une couverture maladie. On comptait 126 équipes EMPP sur l'ensemble du territoire français en 2010 (68).

Les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé)

Dès 1998 les établissements publics de santé mettent en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) « adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits » (69). Les PASS sont donc destinées à l'accueil des personnes en grande précarité, démunies sur la plan social, psychologique, voire sans résidence stable. Il s'agit de leur faire accéder de façon prioritaire au système médico-social. Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de

couverture sociale (régime de base ou régime complémentaire d'assurance maladie, accès rapide à l'aide médicale).

CAARUD ET CSAPA :

- Les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ont été instaurés par la loi du 02 janvier 2002, regroupant les Centres de cure ambulatoire d'alcoologie (CCAA) et les anciens Centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). Ils assurent pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage un accueil, une information, une évaluation médico-psycho-sociale et une orientation ou suivi de la personne. La majorité des CSAPA sont « ambulatoires », certaines structures ont des offres d'hébergement de courtes, moyennes ou longues durées.
- Les CAARUD (Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) sont des établissements médico-sociaux, instaurés en janvier 2006, ayant pour mission de prévenir et de réduire les dommages liés à l'usage de substances psychoactives et d'améliorer la situation sanitaire et sociale des usagers de « drogues » qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins proprement dite quant à leur addiction même. Contrairement aux établissements de soin traditionnels, les CAARUD accueillent les usagers de drogues avec un minimum de conditions : respect de l'équipe et des autres usagers et interdiction de consommation sur place. L'abstinence, le projet de sevrage, la sobriété ou d'autres considérations ne sont pas exigées (principe de l'accueil inconditionnel). C'est la raison pour laquelle les CAARUD sont parfois considérés comme des structures à "bas-seuil d'exigence", par opposition à des structures comme les CSAPA, considérées à plus "haut seuil d'exigence". L'action des CAARUD, en matière de réduction des risques est complétée par d'autres structures telles que les boutiques, les programmes d'échanges de seringues et pourrait encore s'enrichir par la création de « salles de consommation à moindres risques ».

La réduction des risques :

Les traités internationaux fixent la liste des substances interdites et au sein de chaque pays les lois nationales dressent des délits pour usage et trafic de ces substances. Loin de réduire ou

supprimer les consommations, ces dispositifs majorent les risques liés à la consommation, en clandestinisant l'utilisateur et l'éloignant des lieux où ils pourraient obtenir de l'aide. L'explosion du sida en fin des années 80 va entraîner une multitude d'initiatives d'associations humanitaires, de groupes d'utilisateurs, tentant de « limiter la casse », nom du premier réseau de réductions des risques français créé en 1993 (70).

Ainsi les premiers programmes vont naître par le militantisme de certains acteurs, dans ce contexte d'urgence sanitaire, en totale opposition avec le dispositif sanitaire et répressif, puisqu'en transgression de la loi de 1970. Parmi les programmes les plus connus : échanges de seringues, traitements de substitution, les kits de sniff ou les kits base vont faire évoluer les mentalités et le cadre juridique : en 2004, la réduction des risques est désignée comme politique officielle en France, reprise et consolidée par la loi de modernisation du système de santé de 2015.

« La réduction des risques est un ensemble de mesures, de programmes et de pratiques qui tendent à réduire les risques et les dommages, les conséquences néfastes sur les plans sanitaire, social et économique de la consommation de drogues licites ou illicites, sans avoir l'abstinence comme finalité unique. Elle bénéficie aux personnes qui consomment des drogues, leurs familles, et la société. Elle reconnaît l'usage des drogues comme une réalité humaine qui n'appelle ni jugement moral ni stigmatisation. Elle apporte des réponses, des messages de prévention appropriés à tous les usagers, quelle que soit leur situation, à quelque stade de leur parcours d'usage qu'ils soient. Ces messages ciblent les produits, les pratiques et les contextes les plus à risque et identifient les réponses les plus appropriées, Il est dommageable de médicaliser toutes les consommations qui ne relèvent évidemment pas toutes du soin. Elle met l'utilisateur au centre du dispositif en le rendant responsable et

acteur de sa propre santé. La réduction des risques souligne l'inadéquation de la loi actuelle et fait de sa réforme une mission primordiale» (70).

Elle se base sur plusieurs fondements universels :

- Elle cible les risques liés au produit : dangerosité de la substance, aux produits de coupe, risque infectieux.
- Les risques liés à l'abus : quantité de la prise, fréquence.
- Les risques liés aux modalités d'usage : partage du matériel, voie d'administration.
- Les risques liés au contexte : clandestinité, risques judiciaires.

Elle concerne aussi bien les drogues licites que les drogues illicites ainsi que les addictions comportementales.

Les différents services en France :

Comme énoncé précédemment, les programmes d'échange de seringues ont été les premiers à apparaître, avec le slogan « un shoot, une seringue ». La distribution gratuite de matériel d'injection stérile (seringues, stericup, filtre, tampons, conteneurs) en qualité et quantité adaptées ont permis d'arrêter l'épidémie de sida en France dès la fin des années 90. La prise en compte d'autres modes de consommation a élargi l'offre de matériel : sniff (kit sniff, roule ta paille), fumer (kit base). Les distributeurs de seringues complètent le dispositif (couverture horaire et territoriale) et permet la discrétion. La prévention reste une intervention majeure de la réduction des risques, sous forme orale, en flyer, dans le cadre de consultations ou de groupes d'éducation à la santé. D'autre part La prévention des surdoses d'opiacés passe par la mise à disposition et la formation à l'usage de Naloxone auprès des usagers et de leur entourage. L'analyse de produits sur les « teufs », le travail de rue pour aller au contact des usagers les plus marginalisés, les antennes mobiles comme les bus qui sont des structures accessibles sans stigmatisation. Les hébergements spécifiques comme les lits halte soins santé réservés dans les hébergements d'urgence ou les appartements de liaison thérapeutique VIH/VHC.

Enfin les salles de consommation à moindre risques (SCMR), mises en place en 2016 à Paris et Strasbourg, sont un outil précieux de réduction des risques élargissant la palette aux injecteurs.

Les salles de consommation à moindre risque :

En octobre et novembre 2016, deux salles de consommation à moindre risque, désignées de manière triviale comme des « salles de shoot », ouvrent à Paris et à Strasbourg. Cette implantation s'effectue trente ans après l'ouverture de la première salle à Berne (Suisse) en 1986 et alors que près d'une centaine de salles existent déjà aujourd'hui dans le monde et principalement en Europe.

Ces salles se donnent comme objectif d'améliorer la santé des usagers de drogues et la tranquillité des riverains. Elles sont implantées dans des villes pour mettre fin aux « scènes ouvertes », regroupements d'usagers qui se droguent dans l'espace public, entraînant un sentiment de malaise et de peur, et pour permettre aux usagers de réaliser leurs injections dans des espaces sécurisés et hygiéniques. Les injections dans l'espace public imposent aux usagers

une surexposition aux risques sanitaires (transmission de virus et bactéries) due au fait de poser son matériel d'injection par terre et à l'impossibilité de se laver les mains. Elle expose également les usagers à la désapprobation sociale et morale, ou à l'interpellation par les forces de police. À la logique de santé et de sécurité publique s'ajoute une logique sociale. Ce dispositif se donne en effet comme objectif d'attirer les usagers les plus marginalisés vers des dispositifs de prise en charge sanitaire, en obtenant un traitement de substitution par une prescription médicale ou en entamant un processus de sevrage en milieu hospitalier. Leur ouverture en France fait actuellement l'objet de polémiques idéologiques, en dépit des arguments épidémiologiques qui montrent leur utilité.

Le modèle de prise en charge intégratif :

Les patients souffrant d'une pathologie duelle peuvent faire preuve d'une grande hétérogénéité dans leurs présentations cliniques, faisant ainsi appel à des combinaisons de traitements ainsi que des approches thérapeutiques variées et la plupart du temps difficiles à mettre en place dans les structures addictologiques et psychiatriques classiques. De plus l'aggravation mutuelle des deux troubles du fait de leur co-occurrence entraîne des hospitalisations plus nombreuses et plus prolongées ainsi qu'une fréquentation accrue du service des urgences (34). Ces patients sont souvent moins compliants aux soins et peuvent mettre en échec de nombreuses prises en charge à cause du manque de souplesse et de l'inadaptation de l'offre de soins présente dans la structure psychiatrique ou addictologique dans laquelle ils sont.

Face au manque de consensus sur les modalités de prise en charge du trouble co-occurent et les difficultés institutionnelles précédemment décrites, un nouveau type de prise en charge dit des « soins intégrés » voit le jour depuis le début des années 1990. Cette approche a pour principe d'aborder les deux problématiques de façon simultanée au sein d'équipes formées dans les deux champs pathologiques avec une stratégie thérapeutique globale prenant en compte spécifiquement l'interaction entre ces deux troubles. Il existe principalement deux types de modèles de soins intégrés : le modèle d'intégration des systèmes, et le modèle d'intégration des programmes.

Le modèle « d'intégration des systèmes »

Il consiste à prodiguer les soins psychiatriques et addictologiques par des équipes exerçant dans différents services, mais en collaboration étroite entre elles. L'objectif étant de mettre en place de façon coordonnée un plan de traitement cohérent et adapté à la spécificité du trouble

comorbide. Les prises en charge peuvent se faire soit de façon séquentielle (l'une après l'autre) soit en parallèle (en même temps), procurant ainsi l'avantage de pouvoir conserver l'intégralité des offres de soins spécifiques à chaque service. Ce modèle présente plusieurs désavantages : celui de faire reposer le poids de l'articulation des services sur les épaules des patients et non des professionnels de santé tout en conservant la rigidité et le manque d'adaptabilité des systèmes de soins vis à vis du patient, mais également de faire doublon ou de complexifier la prise en charge (perte d'information). Le développement des équipes ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) permettraient de faciliter cet échange, et de mieux coordonner les soins. Ce modèle « d'intégration des systèmes » est de loin le plus répandu sur le territoire français et le plus facilement applicable compte tenu de l'organisation des systèmes de soins en addictologie et en psychiatrie.

Le modèle «d'intégration des programmes»

Il s'agit d'un plan de traitement dispensé par la même équipe dans le cadre d'un même programme thérapeutique. Ainsi le même clinicien et la même équipe, souvent multidisciplinaire, prennent en charge les deux troubles de façon simultanée dans un seul lieu. Cela offre l'avantage de centraliser les soins en évitant les contradictions entre équipes soignantes et la dispersion des informations. L'approche thérapeutique des comorbidités est globale, les équipes de soins étant compétentes dans les deux champs pathologiques, elles peuvent ainsi articuler les différentes thérapies en fonction des besoins du moment. L'évolution des troubles dans le cadre d'une pathologie duelle implique la plupart du temps l'alternance d'épisodes aigus et de soins au long cours pouvant se présenter sous un aspect plutôt addictologique ou psychiatrique et nécessite une adaptation rapide des soins au cas par cas. Le système de soins psychiatrique en France se prête bien à la mise en place de soins intégrés notamment en ambulatoire avec par exemple une articulation de la prise en charge entre CMP (centre médico-psychologique) et les hôpitaux de jour. Ce type de dispositif s'est donc plutôt centré sur les soins ambulatoires en multipliant les interventions au sein d'équipes multidisciplinaires la plupart du temps dirigées par un médecin coordonnateur.

Le case management est une bonne illustration de ce système de soins. Apparu dans le même temps que le mouvement de désinstitutionalisation dans les années 60, ce modèle d'intervention consiste à impliquer divers professionnels (infirmiers, psychologues, assistantes sociales...) dans la prise en charge d'un patient en ambulatoire, le tout sous la coordination d'un psychiatre référent. L'objectif principal initial étant la création d'une alliance thérapeutique permettant

l'accès aux soins, puis ensuite l'accompagnement progressif du patient aux thérapies proposées et à l'intégration dans un réseau de soins.

Objectifs de l'étude :

L'objectif de cette étude épidémiologique était de caractériser la population sans abri présentant une pathologie duelle en évaluant :

- 1) La prévalence de pathologie duelle dans une population de personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie ou troubles bipolaires), et les caractéristiques de cette population, ainsi que celles des personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sans comorbidité addictive
- 2) Les facteurs sanitaires et sociaux associés aux pathologies duelles chez les personnes sans-abri
- 3) Les profils de consommation chez les personnes sans domicile souffrant d'une pathologie duelle.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude se base sur les données *baseline* recueillies auprès des personnes incluses dans le programme français Un Chez Soi D'abord (groupe expérimental et témoin confondus, avant toute intervention). Fortement influencée par les études Housing First au États-Unis (71) et au Canada (72), l'intervention « Un Chez-Soi D'abord » a été pilotée sur le plan national par une délégation interministérielle : la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL). L'expérimentation, débutée en 2011, a eu pour objectif de permettre à des personnes vivant depuis longtemps dans la rue et ayant une pathologie psychiatrique sévère (schizophrénie ou trouble bipolaire) d'accéder directement à un logement ordinaire, sans obligation de suivre un traitement ni d'être dans une démarche d'abstinence quant aux consommations de substances psychoactives, et à la condition d'être accompagnées selon des modalités spécifiques par une équipe médico-sociale.

Pour évaluer ce programme, le laboratoire Universitaire EA 3279 Santé Publique et Maladies Chroniques Université Aix-Marseille a mis en place un essai contrôlé randomisé multicentrique visant à comparer l'efficacité et l'efficience de ce programme expérimental à l'offre habituelle dans quatre villes françaises : Lille, Marseille, Paris et Toulouse sur une durée de 24 mois (avec cinq évaluations à M0 puis à 6, 12, 18 et 24 mois). (73)

Schéma expérimental :

Notre étude transversale analytique utilisait les données recueillies seulement à l'inclusion à t0, avant toute intervention du programme Un Chez Soi D'abord, afin de comparer deux groupes :

- Le groupe « pathologies duelles » présentant une pathologie psychiatrique sévère avec une ou plusieurs dépendances aux substances.
- Le groupe « trouble psychiatrique » présentant une pathologie psychiatrique sans dépendance.

Population d'étude :

Il s'agit de l'ensemble de la population incluse dans le programme « un chez-soi d'abord », dont nous rappelons les critères d'inclusion.

Critères d'inclusion

- âgé de plus de 18 ans ;
- en situation régulière selon l'arrêté du 15 mars 2010 pris pour application de l'article R.444-1 de code de la construction et de l'habitation ;
- dont la situation administrative permet l'accès au logement social ;
- en situation d'itinérance absolue ou de logement précaire tels que définis ci-dessous :
 - L'itinérance absolue est définie par le fait d'être « sans domicile fixe » depuis au moins 7 nuits et d'avoir peu de chances de se trouver un logement au cours du mois suivant. Le fait d'être « sans domicile fixe » regroupe les lieux d'hébergement d'urgence et les endroits publics ou privés dont un être humain ne se sert pas d'habitude pour dormir régulièrement (par exemple, à l'extérieur, dans la rue, dans les parcs ou sur la plage, dans des entrées de portes, dans des véhicules stationnés, des squats ou des garages).

Les patients qui séjournent depuis moins de 1 mois à l'hôpital qui seront sans endroit où aller au moment de leur sortie et qui étaient en situation d'itinérance absolue avant leur séjour, sont considérés en situation d'itinérance absolue.

- Être en situation de logement précaire est définie comme le fait d'avoir pour résidence principale un foyer d'hébergement d'urgence, un hôtel ou un hôtel meublé et d'avoir connu au moins :
 - deux épisodes d'itinérance absolue au cours de l'année écoulée
 - OU un seul épisode d'itinérance absolue mais d'une durée d'au moins quatre semaines au cours de l'année écoulée.
- présentant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire selon la classification DSM-IV (74) ;
- consommant des substances psychoactives ou non ;
- présentant un niveau élevé de besoins sanitaires et sociaux ;
- avec un score MCAS (Échelle de capacité de communauté) inférieur ou égal à 62 ;

- et ayant été hospitalisé au moins 2 fois sur les 12 derniers mois OU incarcéré au cours des 24 derniers mois OU en situation d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives ;
- ayant été hospitalisé au plus 6 mois au total sur les 12 derniers mois ;
- ne présentant pas de troubles de la compréhension et étant capable de lire et écrire ;
- pouvant relever d'une mesure de sortie à l'essai d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ou d'Hospitalisation d'Office ;
- pouvant être sous tutelle ou sous curatelle¹ ;
- affilié à un régime de protection sociale ;
- ayant déclaré être dans la ville depuis 6 mois et vouloir rester pendant au moins 24 mois après entrée dans l'étude ;
- respectant la clause d'ambivalence (voir conditions d'entrée dans le programme : accepter la visite d'au moins un membre de l'équipe au moins une fois par semaine, participation au loyer si ressources) ;
- acceptant de participer à l'étude et avec un consentement éclairé signé par le sujet ou par le représentant légal dans le cas d'une personne sous tutelle ou curatelle.

Critères de non inclusion

- âgé de moins de 18 ans ;
- avec enfants à charge ;
- femme enceinte, parturiente ou allaitante ;
- participant à une autre étude simultanément conformément à l'article L1121-12 du code de la santé publique ;
- ne répondant pas aux critères d'itinérance absolue ou de logement précaire tels que définis plus haut, soit les personnes qui :

¹ Les personnes sous tutelle ou curatelle, sont volontairement maintenues dans le champ de l'étude, dans un esprit de représentativité. L'inclusion de ces sujets est conforme à la législation. En effet le Code Santé Publique précise dans son article L. 1121-8 que les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement ne peuvent être sollicitées pour des recherches biomédicales que si des recherches d'une efficacité comparable ne peuvent être effectuées sur une autre catégorie de la population et dans les conditions suivantes : (1) soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ; (2) soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes placées dans la même situation. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

- se retrouvent parfois sans abri, c'est-à-dire ceux dont le logement régulier ne répond pas aux normes de base (comme être trop nombreux dans un logement ou vivre dans des conditions dangereuses);
- sont à risque de devenir sans-abri comme ceux qui restent de manière officieuse et non permanente chez des amis ou des membres de leur famille (ex: partage de logement, ou « dormir sur le sofa »);
- sont en transition (ex: femmes ou jeunes qui se rendent dans des foyers de transition afin de fuir de la violence familiale, demandeurs d'asile en attente de place en CADA);
- sont temporairement sans logement (ex: logement perdu durant une relativement courte période en raison d'un désastre comme un incendie ou d'une modification de leur situation économique ou personnelle comme une séparation ou une perte d'emploi);
- vivent dans des établissements au long cours (CHRS, maison relais, résidence accueil, MAS, maison de retraite, appartement thérapeutique, post-cure...);
- sont hospitalisés depuis plus de 1 mois.
- présentant des troubles de la compréhension et n'étant pas capable de lire et écrire ;
- en fugue d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ou d'Hospitalisation d'Office ;
- non affilié à un régime de protection sociale ;
- refusant de participer à l'étude (refus du représentant légal dans le cas d'une personne sous tutelle ou curatelle).

Remarques sur le groupe « Pathologies duelles » :

Le groupe « pathologies duelles » a été défini comme tout individu présentant une ou plusieurs dépendances aux substances psycho-actives. Ainsi les personnes présentant un abus sans dépendance de substance n'étaient pas comptabilisées dans le groupe « pathologies duelles » mais dans le groupe « pathologie psychiatrique isolée ».

Le choix d'exclure les personnes présentant seulement un abus est justifié par la volonté d'illustrer au plus proche la définition des pathologies duelles, mettant en jeu une interaction plus importante entre la pathologie addictive (la dépendance) et le trouble psychiatrique. L'étude cible ainsi une population plus spécifique et donc plus « bas seuil » qu'une population présentant un -vaste- trouble de l'usage de substance.

La méthode de collecte des données :

Les participants étaient recrutés par des personnels d'équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) dans la rue, les hébergements d'urgence, les hôpitaux et les prisons. Les données ont été collectées via des questionnaires hétéro-administrés par des psychiatres ou des assistants de recherche dans les bureaux des équipes mobiles situés dans les centres de chaque ville.

Les cahiers d'observation qui ont été construits pour ce projet de recherche comportent plus de 13 modules couvrant un ensemble de thématiques (sanitaire, social et justice) et reposant sur des instruments de mesure validés.

Variables recueillies :

Les données sociodémographiques

Date de naissance, genre, données socio-professionnelles (histoire de vie, nationalité des parents, profession, situation sociale, droits ouverts)

Variables relatives au champ sanitaire

- Données anamnestiques et antécédents personnels médicaux ;
- Données relatives à la santé mentale évaluée à partir de :
 - Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), qui est un instrument largement utilisé en épidémiologie psychiatrique et qui est destiné à réaliser un entretien psychiatrique structuré, court et précis pour l'établissement d'un diagnostic de trouble mental au sens de la DSM-IV (tel que la schizophrénie, le trouble bipolaire mais également le syndrome de stress post traumatique ou l'évaluation du risque suicidaire).
 - Le Modified Colorado Symptom Index (MCSI) : c'est un instrument court, auto-rapporté dérivé à partir du Colorado Symptom Index qui a été créé spécifiquement pour les personnes sans abri avec des problématiques de maladie psychique. Il est fiable et validé. Cet instrument de 14 items mesure la présence et la fréquence de maladie psychique sur le dernier mois. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert à 5 points classés de « jamais » à « au moins une fois par jour ». Un score élevé indique un niveau élevé de symptômes.

- Données relatives à l'usage des substances psycho-actives :

Les situations d'abus ou de dépendance à l'alcool et aux autres substances au cours des 12 derniers mois ont été évaluées à partir du MINI International Neuropsychiatric Interview.

Le score AUDIT n'a pas été pris en compte en raison d'un grand pourcentage de données manquantes. Compte tenu de la diversité des substances consommées, les huit principaux groupes suivants liés à l'effet psychoactif des substances ont été classés:

 1. L'alcool
 2. La cocaïne : cocaïne, crack, « speedball »
 3. Les opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, subutex, codéine, fentanyl.
 4. Les hallucinogènes : L.S.D., «acide», mescaline, PCP, «angel dust», «champignons», ecstasy.
 5. Le cannabis
 6. Les médicaments anxiolytiques (benzodiazépines et barbituriques)
 7. Les stimulants : amphétamines, « speed », le méthylphénidate (Ritaline).
 8. Autres : anabolisants, stéroïdes, poppers, colle, éther

- Données relatives au vécu du patient évalué à partir de :
 - La « Medication Adherence Rating Scale » (MARS), auto-questionnaire appréciant l'observance thérapeutique, composé de 10 items. Ce questionnaire mesure la composante comportementale de l'observance, l'attitude du sujet concernant la prise de médicament et les effets secondaires. Les avantages sont : la rapidité de la passation, la facilité d'utilisation en clinique comme en recherche et son faible coût. Le résultat semi-quantitatif obtenu au MARS introduit un degré dans l'observance, ce qui rend mieux compte de la réalité clinique complexe du phénomène de la qualité de vie liée à la santé mesurée à l'aide de deux échelles : une échelle générique et une échelle spécifique des troubles mentaux.
 - L'échelle générique utilisée sera le questionnaire SF36 (Study Short 36 items Health survey) qui est un auto-questionnaire permettant de calculer un profil de qualité de vie lié à la santé. Il comporte 36 questions évaluant 8 sous-échelles de

la santé : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique et l'évolution de la santé perçue. Deux scores synthétiques du SF36 ont été élaborés : synthèse de la composante physique, synthèse de la composante mentale. Le SF36 est un questionnaire générique et non pas spécifique d'une maladie.

- L'échelle spécifique utilisée sera la S-QOL. C'est un instrument auto-rapporté de 41 items qui évalue la qualité de vie chez des patients atteints de schizophrénie à travers 8 sous-échelles: bien-être psychologique, estime de soi, relations familiales, relations avec les amis, résilience, bien-être physique, autonomie, vie sentimentale. C'est un instrument français validé à la fois pour les troubles schizophréniques et pour les troubles bipolaires (75), et validé chez les personnes sans domicile (76). La version courte comportant 18 items présente d'excellentes propriétés psychométriques et sera utilisée dans l'étude.
- Données relatives aux recours au système de soins sur la période des 6 mois précédant l'interrogation : nombre d'hospitalisations, nombres de visites à des médecins ; nombre de consultations en CMP, CSAPA, visites par les équipes mobiles de psychiatrie précarité.
- Données relatives aux recours de lieux associatifs, fréquentation d'accueils de jour, d'association de réduction des risques.

Variabes relatives au champ du logement

- Données relatives à l'histoire résidentielle sur la période des 6 mois précédant l'interrogation : nombre de journées de logement stable ou domicile ou « chez soi » ; nombre de journées sans chez soi ou sans domicile ou sans logement stable ; âge du début de la vie sans « chez soi », nombre, type et durée du recours à des dispositifs médico-sociaux de « droit commun » et structures associatives (accueil de jour, hébergement d'urgence ; maison-relais, CHS, LHSS...). Les données ont été collectées à partir du calendrier rétrospectif ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion).

Analyse des données :

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 17.0 sous Windows. Les données consolidées ont été traitées avec le statisticien du laboratoire Universitaire EA 3279 Santé Publique et Maladies Chroniques Université Aix-Marseille.

Les analyses descriptives ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentages pour les variables qualitatives et sous forme de moyennes et d'écart-types pour les variables quantitatives. Nous avons utilisé des tests du Chi-2 ou de Student afin de comparer les caractéristiques entre le groupe « pathologie duelle » et « pathologie psychiatrique isolée ». Des analyses de régression logistique multivariées ont ensuite été effectuées pour confirmer l'association entre la pathologie duelle et chaque caractéristique.

Les variables significatives en univariées ont été rentrées dans le modèle multivarié, avec ajustement sur les variables de confusion telles que le sexe et l'âge. Les OR ajustés avec un intervalle de confiance de 95% ont été calculés et les tests ont été réalisés avec un seuil de significativité alpha de 5%.

Au sein du groupe « pathologie duelle » la fréquence des produits consommés a été présentée sous forme de pourcentage, et nous avons comparé les substances consommées en fonction du diagnostic de trouble bipolaire versus trouble schizophrénique.

Enfin une analyse en classe latente a été réalisée afin d'apparier les variables mesurables en fonction des substances consommées par le groupe « pathologie duelle » et d'en dégager des profils distincts de consommateurs.

RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des deux groupes (cf. Tableau 1)

Analyse univariée :

Au total, 703 participants ont été recrutés pour participer au programme « Un Chez Soi D'abord ». 8 participants n'ont pas renseigné les données relatives aux consommations de substances psycho-actives, ramenant à 695 personnes sans-abri analysées dans notre étude.

Dans l'échantillon de 695 personnes sans domicile souffrant d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble bipolaire, 63,7% présentait une pathologie duelle avec une dépendance à l'alcool ou à une substance psycho-active.

L'échantillon total comprenait majoritairement des hommes (82,3%), principalement de nationalité française (86%), originaire de France métropolitaine (75%) , contre 23% originaire d'un pays étranger et 2,4% de la population des DOM TOM. L'âge moyen des participants était de 38,8 ans (± 10 ans).

La population étudiée était principalement célibataire (78%) avec un niveau d'étude inférieur au BAC (73%).

La population présentant une pathologie duelle avait significativement passé plus de temps de vie sans chez soi (ETHOS) que la population présentant une pathologie psychiatrique ($9,6 \pm 8,6$ ans contre $8 \pm 7,6$ ans ($p=0,031$)) , et les personnes présentant une addiction étaient arrivées plus jeunes à la rue que le groupe sans addiction avec une différence statistiquement significative (24 ± 10 vs 27 ± 12 , $p=0,0001$) .

Il n'y avait en revanche pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le sexe, l'importance du tissu social (présence d'amis et de famille) , l'existence d'une activité professionnelle rémunérée au cours des 6 derniers mois et la rémunération mensuelle.

Concernant l'accès aux soins sur les 6 derniers mois, le groupe « pathologie duelle » a moins été hospitalisé que le groupe « pathologie psychiatrique seule » (58% vs 67%, $p=0,018$) avec un nombre d'admission aux urgences plus important (55% vs 47% , $p=0,05$), un nombre de jours hospitalisé plus faible (22 ± 38 vs 30 ± 42 , $p=0,002$) et une durée moyenne de séjour plus

faible également (22 ± 38 vs 30 ± 42 , $p=0,004$). Il n'y avait pas de différence concernant les hospitalisations sous contrainte.

87,2% du groupe « pathologie duelle » recevait au moins un traitement médicamenteux contre 80,5% du groupe « pathologie psychiatrique seule » avec une différence significative ($p=0,024$).

Les participants présentant une « pathologie duelle » étaient plus nombreux à avoir une consultation avec un médecin ou personnel paramédical au cours des 6 derniers mois que ceux ayant une « pathologie psychiatrique seule » (95,5% vs 89,1%, $p=0,002$) , et ils allaient plus fréquemment dans les associations de réduction des risques et d'auto support (31,1% contre 12,1%, $p=0,0001$) et dans les lieux de distribution de plats chauds (47,2% contre 35,2%, $p=0,003$). En revanche il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant la fréquentation des accueils de jour, du recours au service du SIAO et du 115 (Samu social).

Concernant la santé mentale, un peu moins de 70% des participants ont été diagnostiqués schizophrènes, avec une proportion plus élevée de trouble bipolaire dans le groupe « pathologie duelle » avec une différence statistiquement significative (34,8% contre 23,8%, $p=0,003$). Un épisode dépressif majeur au cours des 6 derniers mois était plus fréquemment diagnostiqué dans le groupe « pathologie duelle » avec une différence statistiquement significative (63% contre 42,2%, $p=0,0001$) ainsi qu'un risque suicidaire actuel (71% contre 50,8%, $p=0,0001$), et un trouble anxieux généralisé (49,6% contre 29,1%, $p=0,0002$). Il n'y avait pas de différence dans les groupes concernant le diagnostic d'état de stress post traumatique.

Enfin le groupe « pathologie duelle » avait un score plus élevé au MCSI (Colorado Symptom Index Modifié) ($33,9 \pm 9,07$ contre $35,9 \pm 10$; $p=0,0002$). Le score SF36 était abaissé sur 6 des 8 items : limitations dues à l'état physique (70 contre 75,3 ; $p=0,017$) , limitations à l'état émotionnel (50,6 contre 52,5 ; $p=0,049$), la santé mentale (46 contre 50,7 ; $p=0,017$), la vitalité (42,6 contre 46,3 ; $p=0,022$), les douleurs physiques (61,9 contre 66,8 ; $p=0,046$) et la santé perçue (52,7 contre 57,5 ; $p=0,006$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'échelle RAS ni l'échelle MARS.

Enfin, concernant les problèmes judiciaires au cours des 6 derniers mois, les personnes souffrant d'une pathologie duelle ont plus été victimes de violences physiques avec une différence statistiquement significative (25,9% contre 18,9%, $p=0,04$), elles avaient plus eu

affaire à la police (44,7% contre 27,2%, $p=0,0001$) et étaient plus auteurs de vols (10,6% contre 2,9%, $p=0,0001$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les incarcérations pénitentiaires au cours des 6 derniers mois.

Analyse multivariée (cf. Tableau 1) :

Les variables significatives en univariées ont été rentrées dans le modèle multivarié (la ville d'inclusion, le diagnostic, l'âge de début de sans-abrisme, l'admission aux urgences, le nombre de jours hospitalisés, le nombre de consultation avec un médecin, la présence d'un épisode dépressif majeur, le risque suicidaire, le trouble anxieux généralisé, le score SF36, et les victimes de violences physiques) avec ajustement sur les variables de confusion telles que le sexe et l'âge.

Ainsi avec le modèle final de l'analyse multivariée comprenant des OR ajustés, les résultats significatifs étaient les suivants :

Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire avaient quasiment 2 fois plus de risque de présenter une dépendance à une substance (IC95 : 1,2-3,1 ; $p=0,01$). D'autre part les participants présentant une pathologie duelle avaient 1,6 fois plus de risque de présenter un risque suicidaire (IC95 : 1,06-2,6 ; $p=0,03$), 1,7 fois plus de risque de présenter un épisode dépressif majeur (IC95 : 1,0-2,8 ; $p=0,04$) et un trouble anxieux généralisé (IC95 : 1,0 – 2,7 ; $p=0,04$). L'âge correspondant au début de sans abrisme évoluait comme un facteur protecteur contre la dépendance à une substance (OR ajusté = 0,97 ; IC95 : 0,95-0,99 ; $p=0,012$), autrement dit plus la personne arrive jeune à la rue, plus elle a un risque de développer une dépendance à une substance.

Le groupe « pathologie duelle » consultait un médecin ou personnel médical 2,3 fois plus fréquemment que le groupe « pathologie psychiatrique isolée ». Ils présentaient 2 fois plus de risque d'être victime de violences physiques (IC95 : 1,1-3,5 ; $p=0,022$).

En revanche, après ajustement avec les facteurs de confusion dans l'analyse multivariée, il n'y avait plus de différence significative entre les groupes concernant le nombre d'hospitalisations, le nombre de passage aux urgences et la durée moyenne de séjour en hospitalisation.

CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES	Total des personnes incluses = 695		Trouble psychiatrique seul =252 (36,3%)		Pathologie duelle =443 (63,7%)		p	OR Ajusté*	IC95 [*] (min-max)	p*
	N(%) N(moyenne)	ou	N(%) N(moyenne)	ou	N(%) N(moyenne)	ou				
Sexe : Masculin	573 (82,4%)		200 (79,3%)		373 (84,2%)		,107	,684	0,387-1,211	,192
Age	695 (38,76 ± 9,98)		252 (40,19 ± 10,3)		443 (38,09 ± 9,06)		,007	,982	0,959-1,007	,157
Nationalité Française	571 (86,0%)		207 (85,2%)		364 (86,5%)		,648			
Pays de naissance							,435			
France métropolitaine	495 (75,0%)		174 (72,2%)		321 (76,6%)					
DOM TOM	16 (2,4%)		7 (2,9%)		9 (2,1%)					
Étranger	149 (22,6%)		60 (24,9%)		89 (21,2%)					
Ville d'inclusion							0,033			
Paris	117 (16,8%)		33 (13,1%)		84 (19,0%)			ref	-	
Marseille	198 (28,5%)		87 (34,5%)		111 (25,1%)			,423	0,220-0,814	,010
Toulouse	197 (28,3%)		68 (27,0%)		129 (29,1%)			,762	0,384-1,511	,432
Lille	183 (26,3%)		64 (25,4%)		119 (26,9%)			,773	0,407-1,470	,436
État civil							,407			
Célibataire	515 (77,7%)		181 (75,4%)		334 (79,0%)					
Concubinage	24 (3,6%)		8 (3,3%)		16 (3,8%)					
Marié	11 (1,7%)		7 (2,9%)		4 (,9%)					
Séparé	35 (5,3%)		12 (5,0%)		23 (5,4%)					
Divorcé	70 (10,6%)		28 (11,7%)		42 (9,9%)					
Veuf	8 (1,2%)		4 (1,7%)		4 (,9%)					
Assuré social (carte vitale, AME, CMU)	571 (88,3%)		203 (85,3%)		368 (90,0%)		,075			
Ayant un enfant ou plus	247 (37,3%)		82 (34,5%)		165 (38,9%)		,255			
Niveau d'études							,742			
Jamais été à l'école	8 (1,2%)		3 (1,2%)		5 (1,2%)					
Niveau primaire	38 (5,7%)		17 (7,0%)		21 (5,0%)					
Niveau collègue	216 (32,5%)		74 (30,6%)		142 (33,6%)					
Niveau CAP, BEP	221 (33,3%)		75 (31,0%)		146 (34,6%)					

* après ajustement des facteurs de confusion dans l'analyse multivariée.

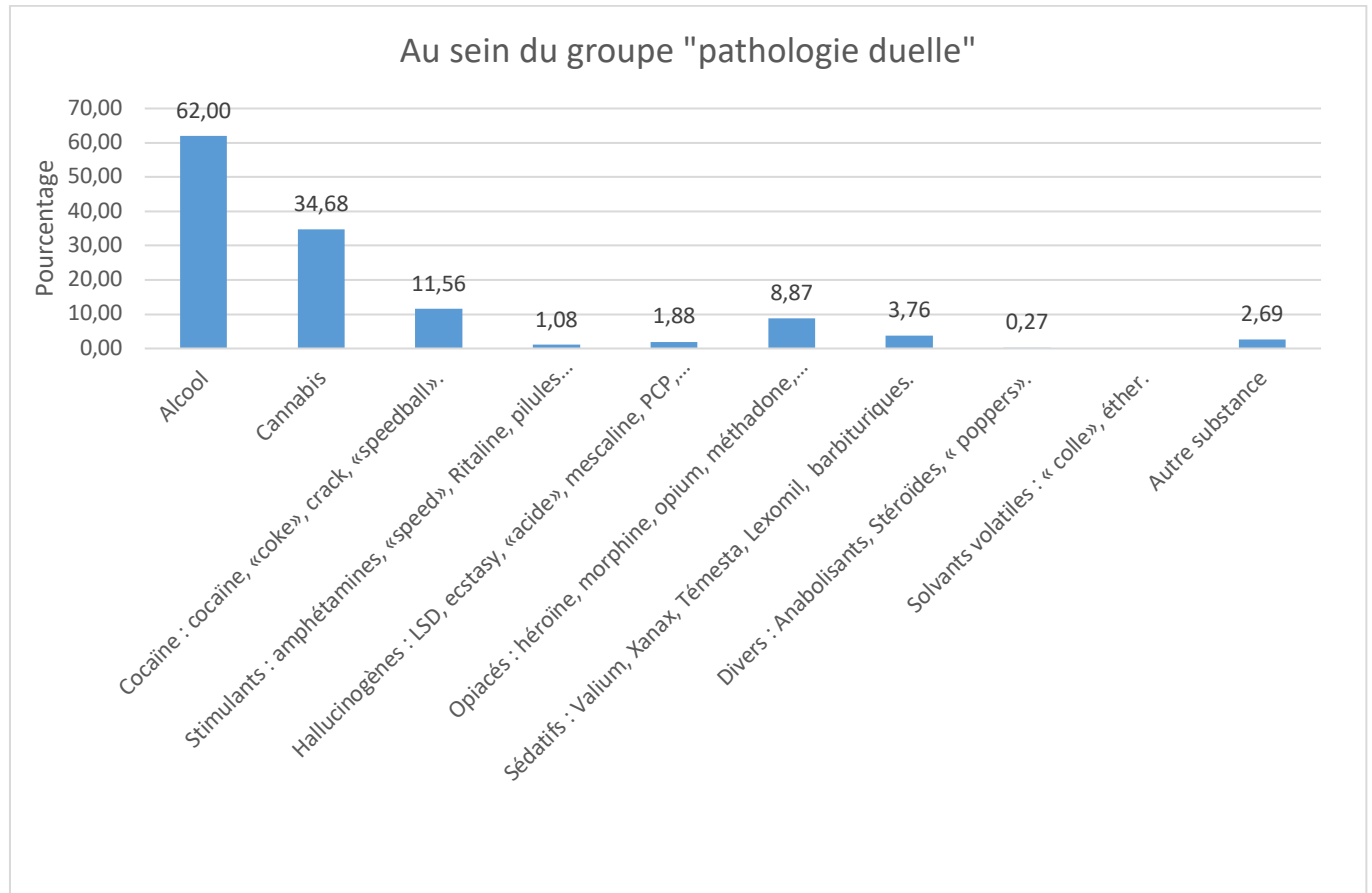
Niveau Bac	111 (16,7%)	46 (19,0%)	65 (15,4%)				
Niveau Bac + 2 et plus	65 (9,8%)	25 (10,3%)	40 (9,5%)				
Diplôme étranger	5 (,8%)	2 (,7%)	3 (,8%)				
Temps de vie passé sans chez soi (années)	419 (8,6 ± 8,04)	157 (9,56 ± 8,6)	262 (8,01 ± 7,6)	,031			
Age (première fois que la personne s'est retrouvée sans chez soi)	591 (25 ±8,04)	213 (27,58 ± 12,2)	378 (23,61 ± 9,98)	,000	,973	0,952-0,994	,012
Présence de famille	580 (87,3%)	207 (85,5%)	373 (88,4%)	,287			
Présence d'amis	365 (55,1%)	123 (51,3%)	242(57,3%)	,130			
Activité professionnelle rémunérée déclarée ces 6 derniers mois	13 (5,5%)	26 (6,3%)	39 (6,0%)	,287			
Rémunération mensuelle (en euros)	655 (628 ± 402)	236 (591,58 ± 395)	419 (649,91 ± 406)	,116			
Accès aux soins au cours des 6 derniers mois							
Hospitalisé	162 (60,8%)	242 (66,7%)	404 (57,3%)	,018			
Admission aux urgences	112 (51,7%)	229 (46,7%)	341 (54,5%)	,050	1,112	0,943-1,312	0,206
Nombre total de jours hospitalisés	664 (25,6 ± 39,9)	243 (30,1 ± 41,9)	421 (22,2 ± 37,5)	0,002	,996	0,991-1,001	,139
Durée moyenne de séjour à l'hôpital	382 (31 ± 33,4)	156 (34,08 ± 33,8)	226 (29,6 ±33,4)	0,003 8			
Déjà été hospitalisé sous contrainte (au cours de sa vie)	136 (57,6%)	236 (58,9%)	372 (56,9%)	,621			
A reçu des traitements médicamenteux	540 (84,8,%)	186 (80,5%)	354 (87,2%)	,024			
A eu une consultation avec un médecin/prof paramédical	613 (93,2%)	213 (89,1%)	400 (95,5%)	,002	2,317	1,073-5,001	,032
Contacts avec équipes de maraude > 1 fois par semaine	102 (15,7%)	35 (14,7%)	67 (16,3%)	0,59			
Contacts avec l'EMPP > 1 fois par semaine	353 (11,6%)	134 (15,9%)	219 (8,9%)	0,049			
Contact du 115 > 1 fois par semaine	158 (24,3%)	54 (22,6%)	104 (25,3%)	0,437			
Recours au SIA > 1 fois par semaine	650 (6,7%)	239 (4,7%)	411 (7,8%)	0,136			
Fréquentation lieux de distribution de repas chauds > 1 fois par semaine	660 (42,8%)	242 (35,2%)	418 (47,2%)	0,003			
Fréquentation des accueils de jour > 1 fois par semaine	276 (42,8%)	83 (35,2%)	193 (47,2%)	0,11			
Fréquentation des associations de réduction des risques et auto-support > 1 fois par semaine	157 (24,1%)	29 (12,1%)	128 (31,1%)	0,000 1			

Santé mentale							
Diagnostic : schizophrénie	481 (69,2%)	192 (76,2%)	289 (65,2%)	0,003	ref	-	-
Diagnostic : bipolaire	214 (30,79%)	60 (23,8%)	154 (34,8%)	0,003	1,918	1,169-3,148	,010
Épisode dépressif majeur actuel	384 (55,5%)	106 (42,2%)	278 (63,0%)	,000	1,715	1,035-2,842	,036
Risque suicidaire actuel	436 (63,6%)	127 (50,8%)	309 (71,0%)	,000	1,669	1,065-2,616	,025
ATCD d'au moins un EDM passé	142 (21,1%)	40 (16,5%)	102 (23,7%)	,028			
Trouble anxieux généralisé	273 (41,9%)	71 (29,1%)	202 (49,6%)	,000	1,712	1,069-2,743	,025
État de stress post traumatique actuel	109 (18,1%)	36 (15,5%)	73 (19,7%)	,197			
Score MCSI	652 (34,8 ± 9,7)	241 (35,86 ± 10,5)	411 (33,9 ± 9,07)	,000			
Index RAS	656 (63,5 ± 15,7)	241 (64,08 ± 16,8)	415 (63,09 ± 15,1)	,364			
Score SF36							
Capacités physiques	645 (82,7 ± 24,4)	239 (82,10 ± 26,67)	406 (82,85 ± 23,13)	,355			
Vie sociale	635 (57,4 ± 32,2)	235 (58,83 ± 32,59)	400 (56,03 ± 31,84)	,310			
Limitations dues à l'état physique	641 (72,2 ± 30,7)	235 (75,29 ± 30,28)	406 (70,05 ± 30,83)	,017			
Limitations dues à l'état émotionnel	630 (51,3 ± 14,4)	231 (52,53 ± 15,33)	399 (50,63 ± 13,76)	,049			
Santé mentale	637 (47,9 ± 21,3)	232 (50,73 ± 22,73)	405 (46,00 ± 20,01)	,017	1,007	0,994-1,019	,313
Vitalité	638 (44,3 ± 19,5)	232 (46,32 ± 20,72)	406 (42,64 ± 18,13)	,022			
Douleurs physiques	643 (63,8 ± 31,8)	236 (66,78 ± 32,19)	407 (61,88 ± 31,48)	,046			
Santé perçue	636 (54,6 ± 21,1)	231 (57,51 ± 20,44)	405 (52,74 ± 21,33)	,006	,999	0,988-1,011	,919
Score MARS	408 (5,8 ± 2,6)	142 (6,04 ± 2,439)	263 (5,64 ± 2,643)	,195			
Problèmes judiciaires (au cours des 6 derniers mois)							
Victime de brutalités physiques	156 (23,4%)	46 (18,9%)	110 (25,9%)	,041	1,967	1,101-3,514	,022
Victime de vol	237 (35,5%)	75 (30,9%)	162 (38,1%)	,059			
A volé ou tenté de voler quelqu'un	52 (7,8%)	7 (2,9%)	45 (10,6%)	,000			
Incarcéré dans un établissement pénitentiaire	73 (11,2%)	31 (13,0%)	42 (10,1%)	,270			

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des deux groupes

Pourcentage des substances psycho-actives responsables de la dépendance :

Au sein du groupe pathologie duelle, le graphique 1 illustre le pourcentage de substances psycho-actives responsables de la dépendance.



Graphique 1 : Pourcentage de substances psycho-actives responsables de la dépendance au sein du groupe « pathologie duelle »

L'alcool était responsable de 62% des dépendances au sein du groupe « pathologie duelle », soit une prévalence de 39% pour l'échantillon total.

Le cannabis était responsable de 34,7% de dépendance dans le groupe « pathologie duelle » (soit 22% de la population totale), contre 11,6% pour la cocaïne (7,3% de l'échantillon total). 8,9% du groupe pathologie duelle avait une dépendance aux opiacés (5% de la population totale) et 3,9% aux sédatifs (2% de l'échantillon total.)

Concernant le nombre de dépendance par personne du groupe « pathologie duelle » :

- 70% du groupe présentait une dépendance à une seule substance psycho-active.
- 28% du groupe présentait une dépendance à 2 catégories de substances simultanément.
- 2% du groupe présentait une dépendance à 3 catégories de substances ou plus.

Prévalence de la pathologie duelle en fonction de la ville de recrutement :

<i>p=0,033</i>	Pathologie psychiatrique isolée	Pathologie duelle
Lille	64 (35%)	119 (65%)
Marseille	87 (43,9%)	111 (56,1%)
Paris	33 (28,2%)	84 (71,8%)
Toulouse	68 (34,5%)	129 (65,5%)
Total	252 (36,3%)	443 (63,7%)

Il y avait une différence statistiquement significative, subsistant après ajustement avec les facteurs de confusion dans l'analyse multivariée, concernant la prévalence de la pathologie duelle en fonction des différentes villes d'inclusion, avec une prévalence plus élevée à Paris (71,8%) contre 65% à Lille et Toulouse et 56,1% à Marseille ($p=0,033$). Comparé à Marseille, le risque de présenter une pathologie duelle était multipliée par 2,3 à Paris (en prenant Paris comme ville de référence, l'OR ajusté à Marseille=0,46 ; IC95=0,22-0,81 ; $p=0,010$).

Analyse en classe latente des substances psycho-actives au sein du groupe « pathologie duelle »

L'analyse en classe latente a été réalisée afin d'apparier les variables mesurables en fonction des substances consommées par le groupe « pathologie duelle » et d'en dégager des profils distincts de consommateurs. Le nombre de classes a été choisi à l'aide de modèles statistiques, en fonction du raisonnement théorique et des considérations pratiques. Le modèle à 3 profils distincts était optimal et a été retenu, avec une valeur de l'entropie de 0,61.

La figure 1 illustre la probabilité de dépendance (axe Y) de chaque drogue (axe X) au cours des 12 derniers mois pour les trois catégories de participants :

- La classe 1, représentant 29,2% de la population dépendante (soit N=127) présentait une probabilité majeure d'être dépendante au cannabis et une probabilité moyenne de dépendance à l'alcool. Les probabilités d'être dépendant à la cocaïne, aux opiacés et aux sédatifs étaient minimales.
- La classe 2, représentant 5,3% de la population du groupe « pathologie duelle » (soit N=23) présentait une probabilité de dépendance forte à l'alcool et modérée pour les sédatifs.
- La classe 3 représentait l'échantillon le plus important avec 65,5% du groupe, soit N=285 participants. Elle présentait une probabilité de polydépendance nettement supérieure aux deux autres classes, avec un usage étendu des substances psycho-actives. La probabilité de dépendance était modérée concernant l'alcool, la cocaïne, les opiacés, et une probabilité faible de dépendance aux hallucinogènes.

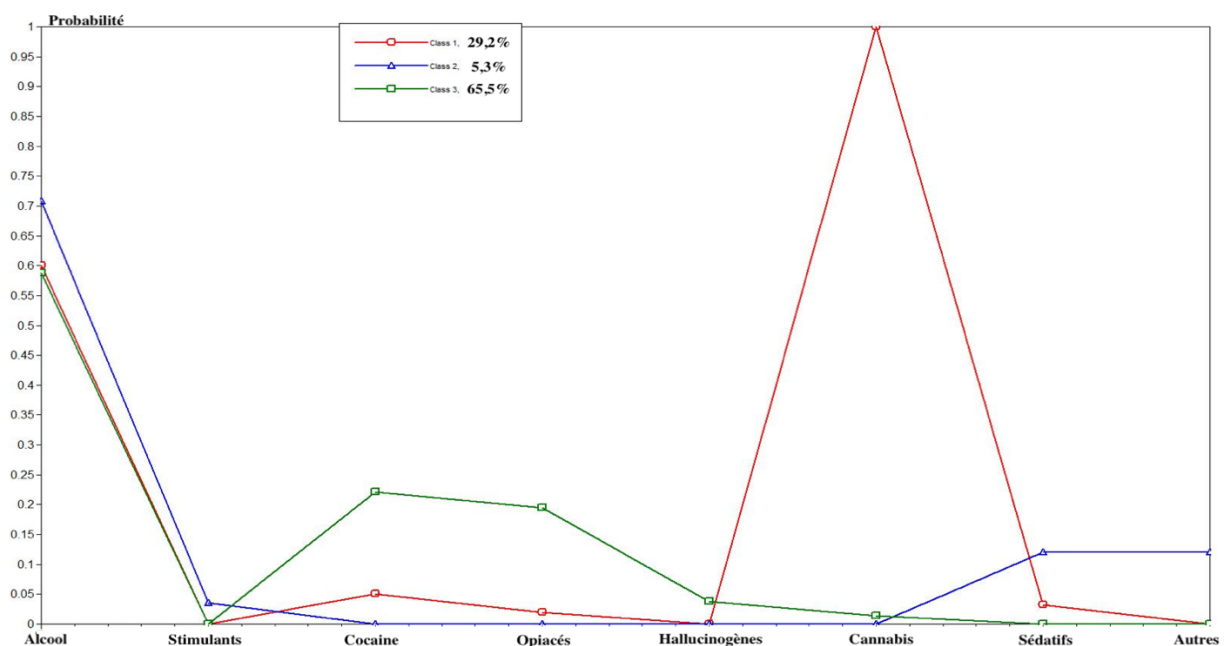


Figure 1 présentant les probabilités de dépendance aux produits des participants à partir d'une analyse de classe latente à 3 classes

Les caractéristiques des données socio-démographiques et cliniques des trois classes sont répertoriées dans le tableau 2.

Les participants appartenant à la classe 1 étaient plus jeunes que les deux autres classes, de façon statistiquement significative (35,5 ans contre 40,8 et 39ans, $p=0,001$) et leur rémunération mensuelle avait tendance à être plus élevée que les autres classes (681€ contre 491€ et 646€, $p=0,006$).

La classe 2 présentait une proportion de femmes plus importante que dans les autres classes (35% contre 17% et 16% dans les autres classes, $p=0,03$). Elle avait plus tendance à avoir un contact avec un médecin généraliste que les autres classes, que ce soit à l'hôpital (1,9 contre 1,2 et 0,49 ; $p=0,048$) ou dans la rue (0,32 contre 0,03 dans les autres classes ; $p=0,03$). Les participants de cette classe avaient tendance à présenter plus fréquemment un épisode dépressif majeur plus élevé que dans les autres classes, sans toutefois atteindre la barre de significativité de $p=0,05$ (69,6% contre 54,3% et 66,2%) et présentaient un index de rétablissement RAS abaissé (score de 60 contre 65 pour la classe 1 et 62 pour la classe 3, $p=0,066$).

La classe 3 représentait l'échantillon le plus important du groupe « pathologie duelle » (65,5%) soit $N=285$ participants. Le ratio Homme/Femme était le plus élevé dans ce groupe avec 86,3% d'hommes, un temps de vie sans chez soi plus élevé (sans différence statistiquement significative.)

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la fréquentation des lieux de réduction des risques, des accueils de jour, ni des admissions aux urgences ou des hospitalisations entre les 3 classes.

A noter la présence de l'alcool avec une probabilité relativement élevée dans toutes les classes.

Tableau 2 présentant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques en fonction des 3 groupes à partir de l'analyse en classe latente.

	Classe 1 (Cannabis/Alcool) N=127 (29,2%)	Classe 2 (Alcool/Sédatifs) N=23 (5,3%)	Classe 3 (Polydépendance) N=285 (65,5%)	P
Age	35.5 (±9,38)	40.8 (±7,96)	39 (±9,68)	0,001
Sexe Masculin	105 (83%)	15 (65%)	246 (86,3%)	,032
Villes				
Lille	26 (20%)	3 (13%)	87 (30%)	,014
Paris	34 (26,8%)	4 (17,4%)	44 (15%)	
Toulouse	42 (33,1%)	9 (39%)	75 (26%)	
Marseille	25 (19%)	7 (30%)	79 (27%)	
Rémunération mensuelle	681 (±525,65)	491.5 (±243,45)	646.2 (±322,26)	0,061
Age (première fois que la personne s'est retrouvée sans chez soi)	21,9 (±7,35)	23 (±11,52)	24,5 (±10,81)	,230
Temps de vie passé sans chez soi (années)	6,3 (±5,25)	7,2 (±5,75)	8,7 (±8,48)	,184
Nombre de visites chez un médecin généraliste (6 derniers mois)	2,4 (±7,45)	2,9 (±3,75)	2,2 (±4,09)	,193
Nombre de visites chez un psychiatre (6 derniers mois)	0,3 (±2,01)	0,1 (±0,21)	0,18 (±1,05)	,898
Nombre de consultation avec un médecin généraliste à l'hôpital (6 derniers mois)	1,2 (±3,55)	1,9 (±5,39)	0,49 (±1,93)	,048
Nombre de consultation avec un psychiatre à l'hôpital (6 derniers mois)	3,1 (±6,96)	0,59 (±2,20)	2,02 (±6,79)	,109
Contacts avec un médecin généraliste dans la rue (6 derniers mois)	0,03 (±0,28)	0,32 (±1,29)	0,03 (±0,37)	,002
Contacts avec un psychiatre dans la rue (6 derniers mois)	0,01 (±0,00)	0,14 (±0,47)	0,17 (±1,54)	,030

Nombre de consultation avec un psychiatre au CMP	2,64 (±9,74)	0,5 (±1,44)	1,6 (±3,74)	,228
Fréquentation d'un accueil de jour > 1 fois par semaine	49 (57,4%)	7 (66,7%)	133 (50,2%)	,191
Contact avec une association de réduction de risques > 1 fois par semaine	33 (71,8%)	8 (63,6%)	86 (67,8%)	,642
Admission aux urgences au cours des 6 derniers mois	1,1 (±1,83)	1,35 (±2,23)	1,37 (±2,35)	,451
Score MCSI	22,9 (±11,55)	27,9 (±11,81)	22,3 (±11,26)	,165
Index RAS	65,6 (±13,96)	60,26 (±20,42)	62,1 (±15,11)	,066
Score SQOL	48,1 (±15,89)	38,98 (±19,24)	46,8 (±18,06)	,169
Score MARS	5,4 (±2,77)	5,9 (±2,64)	5,7 (±2,62)	,805
Diagnostic de trouble schizophrénique	86 (67,7%)	10 (43,5%)	189 (66,2%)	,071
Diagnostic de trouble bipolaire	41 (32,2%)	13 (56,5%)	96 (33,6%)	
Présente un EDM actuellement	69 (54,3%)	16 (69,6%)	188 (66,2%)	,056
Présente un risque suicidaire actuel	87 (70,7%)	16 (68,1%)	200 (70,7%)	,969
Présente un trouble anxieux généralisé	45 (41,67%)	11 (55%)	142 (52%)	,167
Présente un état de stress post traumatique	16 (16,8%)	7 (36,8%)	48 (19,1%)	,129
Incarcéré dans un établissement pénitentiaire au cours des 6 derniers mois	14 (11,8%)	2 (9,1%)	24 (9%)	,681

Analyse des dépendances aux substances psycho-actives en fonction du diagnostic de trouble schizophrénique ou bipolaire.

Tableau 3 présentant le pourcentage de dépendance aux substances psycho-actives en fonction du diagnostic de trouble schizophrénique ou bipolaire

Substances	Trouble bipolaire		Total	p
	Psycho-actives	Trouble schizophrénique		
Alcool	169 (58,5%)	105 (68,1%)	274 (61,8%)	0,0001
Cocaïne	29 (9,9%)	22 (14,0%)	51 (11,3%)	0,189
Opiacés	18 (6,1%)	17 (10,8%)	35 (7,8%)	0,077
Cannabis	109 (37,2%)	47 (29,9%)	156 (34,7%)	0,123
Sédatifs	10 (3,4%)	5 (3,2%)	15 (3,3%)	0,898
Stimulants (Ritaline...)	2 (0,7%)	2 (1,3%)	4 (0,9%)	0,614
Hallucinogènes (ecstasy...)	4 (1,4%)	3 (1,9%)	7 (1,6%)	0,699
Autre	7 (2,4%)	8 (5,1%)	15 (3,3%)	0,127

Plus de 2/3 des personnes souffrant d'un trouble bipolaire au sein du groupe « pathologie duelle » présentait une dépendance à l'alcool, contrairement à 58% des personnes schizophrènes du même groupe, avec une différence statistiquement significative ($p=0,0001$). Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire avaient également plus tendance à consommer des opiacés (10,8% contre 6,1%, $p=0,077$) mais la différence n'était pas statistiquement significative.

En revanche les participants présentant un diagnostic de schizophrénie consommaient plus de cannabis, sans toutefois arriver au seuil de significativité (37,2% contre 29,9%, $p=0,123$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la dépendance à la cocaïne, aux médicaments sédatifs et produits hallucinogènes.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude pourraient être résumés ainsi : dans l'échantillon de 695 personnes sans domicile souffrant d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble bipolaire, 63,7% présentaient une pathologie duelle avec une dépendance à l'alcool ou à une substance psychoactive.

Le diagnostic de trouble bipolaire multipliait par 2 le risque de présenter une dépendance aux toxiques chez les personnes sans abri, comme l'a précédemment décrit l'étude de Maremmani (55), alors que la vaste enquête française Samenta (8) ne retrouvait pas d'association significative entre trouble bipolaire et conduites addictives. Des résultats similaires à ceux de notre étude sont retrouvés dans la population générale (77,78). Les pathologies duelles étaient associées à un risque élevé de présenter un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé ainsi qu'un risque suicidaire plus important (79,80). Enfin le groupe «pathologie duelle» était plus exposé aux violences physiques et plus impliqué dans des problèmes judiciaires que le groupe « pathologie psychiatrique isolée» (51).

A l'instar de ce que nous avons constaté dans cette étude, le temps de vie passé sans chez soi et la précocité de l'âge d'arrivée dans la rue constituaient un facteur de risque important de développer une addiction à une substance (2-4).

Dans l'analyse univariée, les personnes présentant une pathologie duelle étaient plus souvent admises aux urgences des hôpitaux et consultaient plus de médecins ou de personnels paramédicaux en ville, ce qui est cohérent avec plusieurs études antérieures (51,81,82). En revanche leur passage aux urgences était moins suivi d'hospitalisation, et la durée moyenne de séjour en hospitalisation était raccourcie, rappelant le « syndrome de la porte tournante » majoré par leur dépendance à une substance et à la stigmatisation dont ils sont victimes à l'hôpital. Cependant ces différences disparaissaient après ajustement aux facteurs de confusion dans l'analyse multivariée, nous empêchant donc d'établir dans cette étude une association entre les pathologies duelles et l'augmentation de la fréquence des hospitalisations ou des admissions aux urgences.

Dans notre étude il n'y avait pas de différence de dépendance aux substances en fonction du sexe, ce qui coïncide avec les résultats de l'étude Samenta (8), contrairement aux résultats de

l'étude de Kovess (16) selon lesquels le sexe masculin était un facteur de risque majeur de dépendance aux substances psycho-actives.

La différence significative après analyse multivariée entre les prévalences de pathologie duelle dans les villes de Marseille et Paris doit faire évoquer un probable biais de recrutement : en effet les équipes mobiles psychiatrie précarité recrutent les participants dans la rue, et certaines équipes mobiles sont plus tournées vers l'addictologie que d'autres, avec par conséquent plus ou moins de patients présentant des dépendances aux substances psycho-actives.

L'alcool était la première substance responsable de dépendance avec quasiment 40% de prévalence dans l'échantillon total. Dans la méta-analyse de Fazel (11) portant sur 10 études occidentales, la prévalence de la dépendance à l'alcool se situait entre 8,5 % et 58,1 %. Deux facteurs pouvaient expliquer en partie cette forte variabilité : plus les études étaient récentes, plus la prévalence était élevée (les analyses ont été faites par décennies). Par ailleurs, les prévalences observées étaient plus élevées en Europe continentale que dans les autres pays. La prévalence de 40% dans notre étude coïncide avec la prévalence poolée de la méta-analyse de Fazel.

La deuxième substance la plus consommée dans le groupe était le cannabis avec une prévalence dans la population totale de 22%, ce qui coïncide avec les résultats de l'étude Samenta qui retrouvait une prévalence de 16% pour le cannabis (8). On observait une prévalence de 7% pour la cocaïne et de 5,3% pour les dérivés opiacés.

Plus d'un quart du groupe « pathologie duelle » présentait une double dépendance (2 catégories de substances, sans compter le tabac qui n'était pas comptabilisé dans l'étude.)

L'analyse en classe latente nous a permis de dégager 3 différentes catégories de personnes dépendantes au sein du groupe « pathologie duelle » : la classe 1, plus jeune, avait plutôt tendance à développer une dépendance au cannabis et à l'alcool tout en ayant une rémunération plus importante. La classe 2, minoritaire, comptait plus de femmes que les autres catégories et souffrait d'une dépendance importante à l'alcool et aux médicaments sédatifs et anxiolytiques. Les sujets de la classe 2 avaient plus tendance à développer une dépression, et consultaient plus fréquemment les médecins libéraux ou de rue. La classe 3 représentait l'échantillon le plus important du groupe « pathologie duelle » avec 63,5% du groupe, avec une probabilité majorée de polydépendance à l'alcool, la cocaïne, aux opiacés.

Cette analyse ne fait que confirmer l'importance grandissante de la polyconsommation au cours de ces dernières décennies chez les personnes sans abri (61,83). Les effets délétères synergiques de la polyconsommation sont de plus en plus documentés, et plusieurs études associent la polyconsommation à un risque accru de suicide, de dépression, d'overdose, de comportements sexuels à risque et de résistance aux traitements. (61,64).

Les personnes sans abri souffrant de trouble bipolaire étaient encore plus vulnérables sur le plan des addictions que chez des personnes souffrant de trouble schizophrénique, particulièrement avec l'alcool, responsable de 2/3 de dépendance éthylique chez les bipolaires.

Hormis l'alcool, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'autre différence significative entre les personnes souffrant de bipolarité et de schizophrénie, concernant les diverses substances psycho-actives consommées, contrairement à certaines études qui retrouvaient une association significative chez les personnes sans abri entre les troubles bipolaires et la cocaïne (56,84,85) ainsi qu'avec les dérivés opiacés (56,86).

Plusieurs actions peuvent être suggérées concernant les résultats de cette étude sur les pathologies duelles chez les personnes sans abri :

- Les conduites addictives doivent impérativement être recherchées lors de chaque évaluation psychiatrique des personnes sans abri, a fortiori chez les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique grave.
- Les pathologies duelles font émerger des patients « ni-ni » qui ne sont pris en charge ni par les structures de soins psychiatriques, ni par les structures addictologiques, en partie à cause d'une vision et approche clivée des personnels soignants et du système de soins actuel fragmenté. La mise en place de soins intégrés permettraient une meilleure continuité des soins, avec une approche globale et par étape (en phase avec le stade de motivation). De même la coopération intersectorielle et interinstitutionnelle devrait être favorisée en impliquant les équipes de maraudes, les travailleurs sociaux, les professionnels du logement, les personnes travaillant dans le domaine de la drogue et de l'alcool, les médecins généralistes et le secteur psychiatrique.
- Il serait nécessaire d'apporter une formation plus appropriée en addictologie et en réduction des risques pour les professionnels de santé et travailleurs sociaux en contact direct avec les personnes sans abri, afin qu'ils soient mieux préparés à travailler avec les personnes présentant des besoins multiples.
- Un développement d'équipes mobiles psychiatrie précarité spécialisées et ciblant les personnes sans domicile présentant des pathologies duelles.
- Il est également nécessaire de disposer de davantage de services à bas seuil, jouissant d'une grande flexibilité vis à vis des consommations de toxiques avec une politique de réduction des risques, ainsi que de promouvoir les organisations de patients dans le domaine de l'addictologie, qui bénéficient d'une expérience utile pour ces groupes

marginalisés, et qui devraient être considérées comme une véritable valeur ajoutée dans ce système de soins trop clivé.

- Enfin une attention doit être portée sur les polyconsommations de substances, particulièrement fréquentes chez les personnes sans domicile, ainsi que leurs différentes voies d'administrations. La complexité ne réside pas que dans la polyconsommation mais aussi dans la variabilité des demandes de l'usager qui peut souhaiter une réduction de sa consommation ou un sevrage mais pas nécessairement toutes les substances.

Limites de l'étude :

La population incluse n'est pas représentative de l'ensemble de la population sans-abri souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire. L'étude ne prend pas en compte les personnes sans papier, malheureusement bien présentes dans la rue, vivant dans une précarité majeure, ils nécessitent des besoins élevés en terme de santé mentale et physique, ce critère d'exclusion peut ainsi sous-estimer la proportion de pathologie duelle dans l'échantillon. L'étude est basée sur des données rétrospectives du début du programme Un Chez Soi D'abord en 2011 et les habitudes de consommation et les prévalences des diverses substances ont pu évoluer depuis. Par ailleurs, on ne peut en aucun cas établir de lien causal formel, mais seulement proposer des associations entre les différentes variables étudiées.

Nous avons choisi de réaliser une étude transversale afin d'avoir un faible taux de non réponse et de perdus de vue. Sachant que l'exclusion, la marginalisation et les consommations évoluent avec le temps et que notre étude est une observation à un moment donné, une étude longitudinale avec un suivi des personnes serait plus appropriée ultérieurement afin de mieux comprendre leur trajectoire de vie et de consommations.

En ce qui concerne les évaluations des consommations, un biais de désirabilité sociale est possible pouvant induire une sous-estimation des consommations de substances. D'autre part, aucun dosage urinaire des toxiques n'a été utilisé.

Le tabac n'était pas comptabilisé dans les substances psycho-actives car il ne figurait pas dans le recueil de données du Chez Soi D'abord. Pourtant l'enquête française Samenta retrouve une prévalence de 77,2% de fumeurs quotidiens chez les personnes sans abri souffrant de schizophrénie (8). D'autre part, 68% de personnes présentant un abus ou dépendance à une drogue fument quotidiennement (87). On considère qu'en cas de comorbidité psychiatrique, il existe une initiation précoce au tabagisme avec une dépendance nicotinique plus forte, une plus grande difficulté à se sevrer ainsi que de plus importantes comorbidités psychiatriques,

cognitives et médicales (88–90). Par conséquent il semble important d'inclure le tabac dans les substances psycho-actives lors d'études ultérieures sur les pathologies duelles chez les personnes sans-abri.

Enfin, les données de l'AUDIT pour l'abus/dépendance à l'alcool n'ont pu être utilisées en raison d'un manque de données trop important, et les critères analysés par le MINI ne permettaient pas de quantifier les consommations d'alcool ni des substances psycho-actives.

Forces de l'étude :

Cette étude bénéficie d'un échantillon important de personnes sans abri dans 4 grandes villes de France. Il existe peu de manque de données en raison du choix de caractère transversal de l'étude. Les échelles d'évaluation sont standardisées et validées scientifiquement chez les personnes sans-abris avec troubles psychiatriques sévères.

A notre connaissance il s'agit de la première étude avec un tel échantillon comparant les facteurs sanitaires et sociaux associés aux pathologies duelles chez les personnes sans abri en France.

L'analyse en classe latente a permis de dresser des profils de consommateurs au sein du groupe « pathologie duelle » en prenant en compte les polyconsommations, phénomène de plus en plus étudié ces dernières années.

CONCLUSION

La prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes sans abri est nettement supérieure à celle de la population générale et les conduites addictives ne cessent de croître au sein de ce sous-groupe. Les pathologies duelles rendent complexe l'accès et le maintien dans les soins, tant les troubles psychiatriques et les conduites addictives sont étroitement liées et ont un effet délétère sur la situation sociale, cette précarité participe au maintien des consommations de substances et entretient le cercle vicieux de la marginalité.

Cette étude vise à approfondir les connaissances sur les personnes sans-abri souffrant de pathologies duelles dans 4 villes en France (Paris, Toulouse, Lille, Marseille) afin de mieux comprendre leurs besoins complexes en matière de santé mentale et physique.

La majorité des personnes incluses dans l'étude (63,7%) présente une pathologie duelle (alcool ou autre substance psycho-active.)

Comparé au groupe des personnes sans abri présentant une pathologie psychiatrique sans trouble addictif, le groupe des pathologies duelles présente une santé mentale plus fragile avec notamment un risque suicidaire plus important, des épisodes dépressifs et troubles anxieux plus nombreux, et est plus victime de violences de toute forme dans la rue. Le temps de vie passé à la rue et la précocité du début de sans-abrisme sont des facteurs de risque majeurs de pathologie duelle. Même si le recours aux soins semble être globalement similaire à celui de la population présentant une pathologie psychiatrique isolée selon notre analyse multivariée, nos résultats ne disent rien de la qualité ni du suivi des soins. Dans l'étude Samenta, les personnes sans-abri souffrant de troubles mentaux n'ont pas été en mesure de s'ancrer dans les soins : plus de 70 % ont interrompu les soins et près de la moitié a déjà arrêté au moins une fois son traitement. Des études ultérieures seront nécessaires pour étudier le maintien dans le soin, spécifiquement chez les personnes qui présentent des pathologies chroniques et pour identifier les facteurs de rupture (mauvais insight de la maladie psychiatrique, différents profils de consommation).

Une attention particulière doit être portée envers les personnes sans abri souffrant de trouble bipolaire, encore plus vulnérables sur le plan des addictions que celles souffrant de trouble schizophrénique, notamment avec l'alcool, responsable de 2/3 des dépendances chez les bipolaires.

L'analyse en classe latente des substances psycho-actives nous rappelle combien il est complexe d'établir divers profils de consommation en fonction des substances consommées, tant les polyconsommations sont variées et deviennent la norme, et qu'il existe non pas une mais une multitude de pathologies duelles, dont les liens complexes se surajoutent à la problématique de la précarité et de l'auto-exclusion.

Cette étude réalisée sur un échantillon important de patients permet de mieux caractériser ce sous-groupe marginalisé et de cerner leurs besoins complexes et spécifiques. Les pathologies duelles font émerger des patients qui ne sont pris en charge ni par les structures de soins psychiatriques, ni par les structures addictologiques, en partie à cause d'une vision et approche clivée des personnels soignants et du système de soins actuel fragmenté. Ainsi il est essentiel de développer des prises en charge intégrées avec une meilleure coordination et coopération inter-institutionnelle.

Étant donné le niveau extrême d'exclusion et de précarité, il semble urgent de disposer de davantage de services à bas seuil, disposant d'une plus grande flexibilité vis à vis des consommations de toxiques, avec notamment des salles de consommations à moindre risque, première étape d'entrée dans le parcours de réduction des risques et de soin de l'utilisateur de drogue.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Combaluzier S, Gouvernet B, Bernoussi A. Impact des troubles de la personnalité dans un échantillon de 212 toxicomanes sans domicile fixe. *Encephale*. 2009;35(5):448–53.
2. Folsom D et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services. *Am J Psychiatry*. 2005;162(February):370–6.
3. Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk Factors for Homelessness: Evidence From a Population-Based Study. *Psychiatr Serv*. 2009;
4. Aubry T, Duhoux A, Klodawsky F, Ecker J, Hay E. A Longitudinal Study of Predictors of Housing Stability, Housing Quality, and Mental Health Functioning Among Single Homeless Individuals Staying in Emergency Shelters. *Am J Community Psychol*. 2016;
5. To MJ, Palepu A, Aubry T, Nisenbaum R, Gogosis E, Gadermann A, et al. Predictors of homelessness among vulnerably housed adults in 3 Canadian cities: a prospective cohort study. *BMC Public Health [Internet]*. 2016;16(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3711-8>
6. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Insee VR, Legleye S, Ined MQ. L'hébergement des sans-domicile en 2012. 2013;
7. Gelberg L, Linn LS, Leake BD. Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *Am J Psychiatry*. 1988;
8. Laporte A, Chauvin P. La Santé Mentale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (Samenta). *Rhizome*. 2010;38:11.
9. Vexliard A. LE CLOCHARD, étude de psychologie sociale. *Population*. 1958. 154 p.
10. Furtos J. Les cliniques de la précarité. Masson. CPNLF, editor. 2008. 284 p.
11. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med [Internet]*. 2008;5(12):e225. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19053169><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2592351>

12. North CS, Eyrich KM, Pollio DE, Spitznagel EL. Are Rates of Psychiatric Disorders in the Homeless Population Changing? *Am J Public Health*. 2004;
13. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Krausz M. Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2011;118(2–3):173–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.016>
14. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health*. 1997;
15. Toro PA, Goldstein MS, Rowland LL, Bellavia CW, Wolfe SM, Thomas DM, et al. Severe mental illness among homeless adults and its association with longitudinal outcomes. *Behav Ther*. 1999;
16. KOVESS V, MANGIN-LAZARUS C. Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans abri à Paris abus et dépendance à l’alcool et aux drogues. Réunion de la Société Française d’Alcoologie(Paris, France ; 2000-03-08). 2000.
17. Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. " Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (SMPG) " : Présentation de La méthodologie d’enquête. *Encephale*. 2010;
18. Glass GS, Bowers MB. Chronic Psychosis Associated With Long-Term Psychotomimetic Drug Abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 1970;
19. Stone MH. Drug related schizophrenic syndromes. *INT.J.PSYCHIAT*. 1973.
20. Khantzian EJ, Treece C. DSM-III Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts: Recent Findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;
21. Meyer R. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egge. *Psychopathol Addict Disord*. 1986;(Guilford Press):3–16.
22. Casas M. La Patologia Dual como una forma de presentacion de la comorbilidad entre Trastornos Psiquicos y las Toxicomanias. *Trastor Psiq en las Toxicom*. 1986;I Congreso.
23. Regier DA. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse.

- JAMA. 1990;
24. Kranzler HR. Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment. Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment. 2004.
 25. Benyamina A. Addictions et comorbidités. Dunod, editor. CPNLF; 2014. 448 p.
 26. Kranzler HR, Rosenthal RN. Dual Diagnosis: Alcoholism and Co-Morbid Psychiatric Disorders. Am J Addict. 2003;
 27. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: A review of etiological theories. Addict Behav. 1998;23(6):717–34.
 28. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;
 29. Yoon YH, Chen CM, Yi HY, Moss HB. Effect of comorbid alcohol and drug use disorders on premature death among unipolar and bipolar disorder decedents in the United States, 1999 to 2006. Compr Psychiatry. 2011;
 30. Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. J Psychiatr Res. 2014;
 31. Kroon LA. Drug interactions with smoking. American Journal of Health-System Pharmacy. 2007.
 32. Alimohamed-Janmohamed S, Charvat M, Gheyntanhi A, Beutler LE, Breckenridge J. Point of Entry and Functional Impairment as Predictors of Treatment Amount and Cost for Patients With Mental Illness and Substance Abuse Disorders in Santa Barbara County Mental Health Services. Psychol Serv. 2010;
 33. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med. 2004;
 34. Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. Frequent emergency department visits are more prevalent in psychiatric, alcohol abuse, and dual diagnosis conditions than in chronic viral illnesses such as hepatitis and human immunodeficiency virus. J Emerg Med.

- 2013;
35. Khantzian EJ. The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1985.
 36. Knapp WP, Douglas DE. Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: Results of a clinical survey. *Psychol Med*. 1986;
 37. Baigent M, Holme G, Hafner RJ. Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. *Australas Psychiatry*. 1995;
 38. Birchwood M, Mason R, Macmillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med*. 1993;
 39. Addington J, Duchak V. Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;
 40. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: Comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry*. 1988;
 41. Drake RE, Wallach MA. Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;
 42. Andréasson S, Engström A, Allebeck P, Rydberg U. CANNABIS AND SCHIZOPHRENIA A Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *Lancet*. 1987;
 43. Adès ; Lejoyeux. *Alcoolisme et psychiatrie: Données actuelles et perspectives*. Masson. 2003.
 44. Gorwood P. Comorbid addictions in bipolar disorder. *Encephale*. 2008;34:S138.
 45. Gershon ES, Delisi LE, Hamovit J, Nurnberger JI, Maxwell ME, Schreiber J, et al. A Controlled Family Study of Chronic Psychoses: Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;
 46. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;
 47. Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *J Nerv Ment Dis*. 1991;

48. Drake RE, Brunette MF. Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. *Recent developments in alcoholism : an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism.* 1998.
49. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and dual diagnosis. *Am Psychol.* 1991;
50. S. F, J.R. G, M. K. The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9953):1529–40. Available from: <http://www.journals.elsevier.com/the-lancet/%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014860670>
51. Zhang L, Norena M, Gadermann A, Hubley A, Russell L, Aubry T, et al. Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. *J Dual Diagn* [Internet]. 2018;14(1):21–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1392055>
52. Brown RT, Miao Y, Mitchell SL, Bharel M, Patel M, Ard KL, et al. Health outcomes of obtaining housing among older homeless adults. *Am J Public Health.* 2015;
53. Chartier M, Carrico AW, Weiser SD, Kushel MB, Riley ED. Specific psychiatric correlates of acute care utilization among unstably housed HIV-positive adults. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2012;
54. Kushel MB, Perry S, Bangsberg D, Clark R, Moss AR. Emergency department use among the homeless and marginally housed: Results from a community-based study. *Am J Public Health.* 2002;
55. Maremmani AGI, Bacciardi S, Somers JM, Nikoo M, Schütz C, Jang KL, et al. Substance Dependence Among Bipolar, Unipolar Depression and Psychotic Homeless: A Canadian National Study. *Front Psychiatry.* 2018;9(December).
56. Maremmani AGI, Bacciardi S, Gehring ND, Cambioli L, Schütz C, PhD KJ, et al. Substance use among homeless individuals with schizophrenia and bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(3):173–7.

57. Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives: Syndrome de dépendance [Internet]. Who. 2013. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
58. Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB. Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(4):269–75.
59. Deschenau A, Iftimovici A, Touzeau D. Usages de drogues et mésusages de médicaments : repères utiles sur la polyconsommation. *Press Medicale* [Internet]. 2016;45(12):1102–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2016.10.010>
60. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Alcohol Alert*. 2006;70:1–6.
61. John WS, Zhu H, Mannelli P, Schwartz RP, Subramaniam GA, Wu LT. Prevalence, patterns, and correlates of multiple substance use disorders among adult primary care patients. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018;187(March):79–87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.035>
62. Lacoste J, Pedrera-Melgire M, Charles-Nicolas A, Ballon N. Cocaine et alcool : des liaisons dangereuses. *Presse Medicale*. 2010.
63. Quek L-H, Chan GCK, White A, Connor JP, Baker PJ, Saunders JB, et al. Concurrent and Simultaneous Polydrug Use: Latent Class Analysis of an Australian Nationally Representative Sample of Young Adults. *Front Public Heal*. 2013;1(November):1–9.
64. Smith GW, Farrell M, Bunting BP, Houston JE, Shevlin M. Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2011;113(2–3):222–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.010>
65. Armour C, Shorter GW, Elhai JD, Elklit A, Christoffersen MN. Polydrug use typologies and childhood maltreatment in a nationally representative survey of danish young adults. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;
66. Stambul B. Bas seuil d'exigence et politique de secteur. *Inf Psychiatr*. 1998;n°4.
67. M. C, P. LEFUR, V. L-G, J. M. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)*. 2009.

68. Mercuel ; Querimi A. États des lieux des équipes mobiles psychiatrie-précarité, cinq ans après la circulaire. 4e Journée nationale des EMPP. 2011.
69. Art. L. 711-7-1 Code de la santé publique.
70. Reynaud M. Traité d'addictologie. Traité. MSP L, editor. 2016.
71. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals...: EBSCOhost. Am J Public Health [Internet]. 2004;94(4):651–6. Available from: <http://0-web.a.ebscohost.com/acpmil13web.ancheim.ie/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=c4e738ca-9d8f-4abd-b017-a3f6ab60571f%40sessionmgr4001&hid=4101>
72. Goering PN, Streiner DL, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, et al. The at Home/Chez Soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*. 2011;1(2):1–18.
73. Tinland A, Fortanier C, Girard V, Laval C, Videau B, Rhenter P, et al. Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;
74. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. DSM-IV-TR. American Journal of Critical Care. 2000.
75. Boyer L, Simeoni MC, Loundou A, D'Amato T, Reine G, Lancon C, et al. The development of the S-QoL 18: A shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2010;
76. Auquier P, Tinland A, Fortanier C, Loundou A, Baumstarck K, Lancon C, et al. Toward Meeting the Needs of Homeless People with Schizophrenia: The Validity of Quality of Life Measurement. *PLoS One*. 2013;
77. Bahorik AL, Newhill CE, Eack SM. Characterizing the longitudinal patterns of substance use among individuals diagnosed with serious mental illness after psychiatric hospitalization. *Addiction*. 2013;
78. Karam EG, Yabroudi PF, Melhem NM. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: A study from Lebanon. *Compr Psychiatry*. 2002;

79. Schütz C, Choi F, Jae Song M, Wesarg C, Li K, Krausz M. Living With Dual Diagnosis and Homelessness: Marginalized Within a Marginalized Group. *J Dual Diagn* [Internet]. 2019;0(0):1–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2019.1579948>
80. Patterson ML, Currie L, Rezansoff S, Somers JM. Exiting homelessness: Perceived changes, barriers, and facilitators among formerly homeless adults with mental disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2015;38(1):81–7.
81. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, Gogolishvili D, Globerman J, Rueda S, et al. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: A systematic review. *Am J Public Health*. 2016;106(1):e1–23.
82. Chen S, Barnett PG, Sempel JM, Timko C. Outcomes and costs of matching the intensity of dual-diagnosis treatment to patients' symptom severity. *J Subst Abuse Treat*. 2006;31(1):95–105.
83. Hedden SL, Martins SS, Malcolm RJ, Floyd L, Cavanaugh CE, Latimer WW. Patterns of illegal drug use among an adult alcohol dependent population: Results from the National Survey on Drug Use and Health. *Drug Alcohol Depend*. 2010;106(2–3):119–25.
84. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;
85. Pacini M, Maremmani I, Vitali M, Romeo M, Santini P, Vermeil V, et al. Cocaine abuse in 448 alcoholics: Evidence for a bipolar connection. *Addict Disord their Treat*. 2010;
86. Maremmani I, Stefania C, Pacini M, Maremmani AGI, Carlini M, Golia F, et al. Differential substance abuse patterns distribute according to gender in heroin addicts. *J Psychoactive Drugs*. 2010;
87. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *J Am Med Assoc*. 2000;
88. Richter KP, McCool R, Okuyemi K, Mayo M, Ahluwalia J. Patients' views on

- smoking cessation and tobacco harm reduction during drug treatment. *Nicotine Tob Res.* 2002;
89. Saxon AJ, Baer JS, Davis TM, Sloan KL, Malte CA, Fitzgibbons K, et al. Smoking cessation treatment among dually diagnosed individuals: Preliminary evaluation of different pharmacotherapies. *Nicotine Tob Res.* 2003;
 90. Novy P, Hughes JR, Callas P. A comparison of recovering alcoholic and non-alcoholic smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2001;

REFERENCES (par ordre alphabétique)

- Addington J, Duchak V. Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;
- Adès ; Lejoyeux. *Alcoolisme et psychiatrie: Données actuelles et perspectives.* Masson. 2003.
- Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, Gogolishvili D, Globerman J, Rueda S, et al. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: A systematic review. *Am J Public Health.* 2016;106(1):e1–23.
- Alimohamed-Janmohamed S, Charvat M, Gheytonchi A, Beutler LE, Breckenridge J. Point of Entry and Functional Impairment as Predictors of Treatment Amount and Cost for Patients With Mental Illness and Substance Abuse Disorders in Santa Barbara County Mental Health Services. *Psychol Serv.* 2010;
- Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *J Nerv Ment Dis.* 1991;
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. DSM-IV-TR.* American Journal of Critical Care. 2000.
- Andréasson S, Engström A, Allebeck P, Rydberg U. CANNABIS AND SCHIZOPHRENIA A Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *Lancet.* 1987;
- Armour C, Shorter GW, Elhai JD, Elklit A, Christoffersen MN. Polydrug use typologies and childhood maltreatment in a nationally representative survey of danish young adults. *J Stud Alcohol Drugs.* 2014;
- Art. L. 711-7-1 Code de la santé publique.
- Aubry T, Duhoux A, Klodawsky F, Ecker J, Hay E. A Longitudinal Study of Predictors of Housing Stability, Housing Quality, and Mental Health Functioning Among Single Homeless Individuals Staying in Emergency Shelters. *Am J Community Psychol.* 2016;
- Auquier P, Tinland A, Fortanier C, Loundou A, Baumstarck K, Lancon C, et al. Toward Meeting the Needs of Homeless People with Schizophrenia: The Validity of Quality of Life Measurement. *PLoS One.* 2013;

- Bahorik AL, Newhill CE, Eack SM. Characterizing the longitudinal patterns of substance use among individuals diagnosed with serious mental illness after psychiatric hospitalization. *Addiction*. 2013;
- Baigent M, Holme G, Hafner RJ. Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. *Australas Psychiatry*. 1995;
- Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: Comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry*. 1988;
- Benyamina A. Addictions et comorbidités. Dunod, editor. CPNLF; 2014. 448 p.
- Birchwood M, Mason R, Macmillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med*. 1993;
- Boyer L, Simeoni MC, Loundou A, D'Amato T, Reine G, Lancon C, et al. The development of the S-QoL 18: A shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2010;
- Brown RT, Miao Y, Mitchell SL, Bharel M, Patel M, Ard KL, et al. Health outcomes of obtaining housing among older homeless adults. *Am J Public Health*. 2015;
- Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res*. 2014;
- Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. " Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (SMPG) " : Présentation de La méthodologie d'enquête. *Encephale*. 2010;
- Casas M. La Patologia Dual como una forma de presentacion de la comorbilidad entre Trastornos Psiquicos y las Toxicomanias. *Trastor Psiq en las Toxicom*. 1986;I Congreso.
- Chartier M, Carrico AW, Weiser SD, Kushel MB, Riley ED. Specific psychiatric correlates of acute care utilization among unstably housed HIV-positive adults. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2012;

- Chen S, Barnett PG, Sempel JM, Timko C. Outcomes and costs of matching the intensity of dual-diagnosis treatment to patients' symptom severity. *J Subst Abuse Treat*. 2006;31(1):95–105.
- Combaluzier S, Gouvernet B, Bernoussi A. Impact des troubles de la personnalité dans un échantillon de 212 toxicomanes sans domicile fixe. *Encephale*. 2009;35(5):448–53.
- Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB. Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(4):269–75.
- Deschenau A, Iftimovici A, Touzeau D. Usages de drogues et mésusages de médicaments : repères utiles sur la polyconsommation. *Press Medicale [Internet]*. 2016;45(12):1102–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2016.10.010>
- Drake RE, Brunette MF. Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. *Recent developments in alcoholism : an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*. 1998.
- Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and dual diagnosis. *Am Psychol*. 1991;
- Drake RE, Wallach MA. Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;
- Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med [Internet]*. 2008;5(12):e225. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19053169><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2592351>
- Folsom D et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services. *Am J Psychiatry*. 2005;162(February):370–6.
- Furtos J. *Les cliniques de la précarité*. Masson. CPNLF, editor. 2008. 284 p.
- Gelberg L, Linn LS, Leake BD. Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *Am J Psychiatry*. 1988;

- Gershon ES, Delisi LE, Hamovit J, Nurnberger JI, Maxwell ME, Schreiber J, et al. A Controlled Family Study of Chronic Psychoses: Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;
- Glass GS, Bowers MB. Chronic Psychosis Associated With Long-Term Psychotomimetic Drug Abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 1970;
- Goering PN, Streiner DL, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, et al. The at Home/Chez Soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*. 2011;1(2):1–18.
- Gorwood P. Comorbid addictions in bipolar disorder. *Encephale*. 2008;34:S138.
- Hedden SL, Martins SS, Malcolm RJ, Floyd L, Cavanaugh CE, Latimer WW. Patterns of illegal drug use among an adult alcohol dependent population: Results from the National Survey on Drug Use and Health. *Drug Alcohol Depend*. 2010;106(2–3):119–25.
- Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004;
- John WS, Zhu H, Mannelli P, Schwartz RP, Subramaniam GA, Wu LT. Prevalence, patterns, and correlates of multiple substance use disorders among adult primary care patients. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018;187(March):79–87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.035>
- Karam EG, Yabroudi PF, Melhem NM. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: A study from Lebanon. *Compr Psychiatry*. 2002;
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;
- Khantzian EJ, Treece C. DSM-III Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts: Recent Findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;
- Khantzian EJ. The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1985.

- Knapp WP, Douglas DE. Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: Results of a clinical survey. *Psychol Med.* 1986;
- KOVESS V, MANGIN-LAZARUS C. Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans abri à Paris abus et dépendance à l'alcool et aux drogues. Réunion de la Société Française d'Alcoologie(Paris, France ; 2000-03-08). 2000.
- Kranzler HR, Rosenthal RN. Dual Diagnosis: Alcoholism and Co-Morbid Psychiatric Disorders. *Am J Addict.* 2003;
- Kranzler HR. Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment. *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment.* 2004.
- Kroon LA. Drug interactions with smoking. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 2007.
- Kushel MB, Perry S, Bangsberg D, Clark R, Moss AR. Emergency department use among the homeless and marginally housed: Results from a community-based study. *Am J Public Health.* 2002;
- Lacoste J, Pedrera-Melgire M, Charles-Nicolas A, Ballon N. Cocaine et alcool : des liaisons dangereuses. *Presse Medicale.* 2010.
- Laporte A, Chauvin P. La Santé Mentale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (Samenta). *Rhizome.* 2010;38:11.
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *J Am Med Assoc.* 2000;
- M. C, P. LEFUR, V. L-G, J. M. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES).* 2009.
- Maremmani AGI, Bacciardi S, Gehring ND, Cambioli L, Schütz C, PhD KJ, et al. Substance use among homeless individuals with schizophrenia and bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(3):173–7.
- Maremmani AGI, Bacciardi S, Somers JM, Nikoo M, Schütz C, Jang KL, et al. Substance Dependence Among Bipolar, Unipolar Depression and Psychotic Homeless: A Canadian National Study. *Front Psychiatry.* 2018;9(December).

- Maremmani I, Stefania C, Pacini M, Maremmani AGI, Carlini M, Golia F, et al. Differential substance abuse patterns distribute according to gender in heroin addicts. *J Psychoactive Drugs*. 2010;
- Mercuel ; Querimi A. États des lieux des équipes mobiles psychiatrie-précarité, cinq ans après la circulaire. 4e Journée nationale des EMPP. 2011.
- Meyer R. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egg. *Psychopathol Addict Disord*. 1986;(Guilford Press):3–16.
- Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. Frequent emergency department visits are more prevalent in psychiatric, alcohol abuse, and dual diagnosis conditions than in chronic viral illnesses such as hepatitis and human immunodeficiency virus. *J Emerg Med*. 2013;
- Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addict Behav*. 1998;23(6):717–34.
- Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Alcohol Alert*. 2006;70:1–6.
- North CS, Eyrich KM, Pollio DE, Spitznagel EL. Are Rates of Psychiatric Disorders in the Homeless Population Changing? *Am J Public Health*. 2004;
- Novy P, Hughes JR, Callas P. A comparison of recovering alcoholic and non-alcoholic smokers. *Drug Alcohol Depend*. 2001;
- Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives: Syndrome de dépendance [Internet]. Who. 2013. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
- Pacini M, Maremmani I, Vitali M, Romeo M, Santini P, Vermeil V, et al. Cocaine abuse in 448 alcoholics: Evidence for a bipolar connection. *Addict Disord their Treat*. 2010;
- Patterson ML, Currie L, Rezansoff S, Somers JM. Exiting homelessness: Perceived changes, barriers, and facilitators among formerly homeless adults with mental disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2015;38(1):81–7.

- Quek L-H, Chan GCK, White A, Connor JP, Baker PJ, Saunders JB, et al. Concurrent and Simultaneous Polydrug Use: Latent Class Analysis of an Australian Nationally Representative Sample of Young Adults. *Front Public Heal.* 2013;1(November):1–9.
- Regier DA. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA.* 1990;
- Reynaud M. *Traité d’addictologie. Traité.* MSP L, editor. 2016.
- Richter KP, McCool R, Okuyemi K, Mayo M, Ahluwalia J. Patients’ views on smoking cessation and tobacco harm reduction during drug treatment. *Nicotine Tob Res.* 2002;
- S. F, J.R. G, M. K. The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9953):1529–40. Available from: <http://www.journals.elsevier.com/the-lancet/%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014860670>
- Saxon AJ, Baer JS, Davis TM, Sloan KL, Malte CA, Fitzgibbons K, et al. Smoking cessation treatment among dually diagnosed individuals: Preliminary evaluation of different pharmacotherapies. *Nicotine Tob Res.* 2003;
- Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;
- Schütz C, Choi F, Jae Song M, Wesarg C, Li K, Krausz M. Living With Dual Diagnosis and Homelessness: Marginalized Within a Marginalized Group. *J Dual Diagn* [Internet]. 2019;0(0):1–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2019.1579948>
- Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk Factors for Homelessness: Evidence From a Population-Based Study. *Psychiatr Serv.* 2009;
- Smith GW, Farrell M, Bunting BP, Houston JE, Shevlin M. Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2011;113(2–3):222–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.010>
- Stambul B. Bas seuil d’exigence et politique de secteur. *Inf Psychiatr.* 1998;n°4.

- Stone MH. Drug related schizophrenic syndromes. *INT.J.PSYCHIAT.* 1973.
- Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health.* 1997;
- Tinland A, Fortanier C, Girard V, Laval C, Videau B, Rhenter P, et al. Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2013;
- To MJ, Palepu A, Aubry T, Nisenbaum R, Gogosis E, Gadermann A, et al. Predictors of homelessness among vulnerably housed adults in 3 Canadian cities: a prospective cohort study. *BMC Public Health [Internet].* 2016;16(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3711-8>
- Torchalla I, Strehlau V, Li K, Krausz M. Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug Alcohol Depend [Internet].* 2011;118(2–3):173–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.016>
- Toro PA, Goldstein MS, Rowland LL, Bellavia CW, Wolfe SM, Thomas DM, et al. Severe mental illness among homeless adults and its association with longitudinal outcomes. *Behav Ther.* 1999;
- Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals...: EBSCOhost. *Am J Public Health [Internet].* 2004;94(4):651–6. Available from: <http://0-web.a.ebscohost.com/acpmil13web.ancheim.ie/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=c4e738ca-9d8f-4abd-b017-a3f6ab60571f%40sessionmgr4001&hid=4101>
- Vexliard A. LE CLOCHARD, étude de psychologie sociale. *Population.* 1958. 154 p.
- Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Insee VR, Legleye S, Ined MQ. L’hébergement des sans-domicile en 2012. 2013;
- Yoon YH, Chen CM, Yi HY, Moss HB. Effect of comorbid alcohol and drug use disorders on premature death among unipolar and bipolar disorder decedents in the United States, 1999 to 2006. *Compr Psychiatry.* 2011;
- Zhang L, Norena M, Gadermann A, Hubley A, Russell L, Aubry T, et al. Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. *J*

Dual Diagn [Internet]. 2018;14(1):21–31. Available from:
<https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1392055>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Comparativement à la population générale, les personnes sans-abri présentent une prévalence nettement plus élevée de pathologies duelles, définies comme étant une association synergique d'un trouble psychiatrique et de conduites addictives. Les personnes sans-abri souffrant d'une pathologie duelle forment un sous-groupe hétérogène, particulièrement vulnérable et stigmatisé. L'objectif de cette étude épidémiologique était de caractériser cette population sans-abri présentant une pathologie duelle, en évaluant les facteurs sanitaires et sociaux associés aux pathologies duelles et d'étudier leur différent profil de consommation.

Matériels et méthodes : Cette étude transversale se base sur les données *baseline* recueillies auprès des personnes incluses dans le programme de relogement un Chez Soi D'abord débuté en 2011, soit 703 personnes sans-abri dans 4 villes (Paris, Marseille, Toulouse et Lille). Les données socio-démographiques, les diagnostics psychiatriques et addictologiques, les données relatives au logement et à l'accès aux soins ont été recueillis via des questionnaires standardisés hétéro-administrés. Le groupe « pathologies duelles » était défini comme un ensemble d'individu présentant un trouble psychiatrique sévère (trouble bipolaire ou schizophrénique) avec une ou plusieurs dépendances aux substances psycho-actives, évalués à partir du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Le groupe « pathologies duelles » était comparé au groupe « pathologie psychiatrique isolée » sans comorbidité addictive, en utilisant des analyses de régression logistiques multivariées. Enfin une analyse en classe latente a été réalisée afin d'apparier les variables mesurables en fonction des substances consommées par le groupe « pathologie duelle » et d'en dégager des profils distincts de consommateurs.

Résultats : La prévalence des pathologies duelles dans l'échantillon total était de 63,7%. Conformément aux études antérieures, nous avons constaté que les pathologies duelles étaient associées à un risque élevé de présenter un épisode dépressif majeur (OR=1,7 ; IC95=1,0-2,8 ; p=0,04), un trouble anxieux généralisé (OR=1,7 ; IC95=1,0 – 2,7 ; 0,04) ainsi qu'un risque suicidaire plus important (OR=1,6 ; IC95=1,06-2,6 ; p=0,03). Les personnes en question étaient plus exposés aux violences physiques (OR=1,96 ; IC95=1,1-3,5 ; p=0,02). D'autre part la précocité de l'âge d'arrivée dans la rue constituait un facteur de risque important de développer une pathologie duelle. Au sein du groupe pathologie duelle, les personnes souffrant de trouble bipolaire étaient encore plus vulnérables sur le plan des addictions que celles souffrant de trouble schizophrénique (OR=1,92 ; IC95=1,2-3,1 ; p=0,01) notamment avec l'alcool, responsable de 2/3 des dépendances chez les personnes bipolaires. L'analyse de classe latente a permis de dégager 3 profils de consommateurs différents, en prenant en compte les polyconsommations, avec plus d'un quart du groupe « pathologie duelle » présentant une double dépendance.

Conclusion : Cette étude réalisée sur un échantillon important de patients permet de mieux caractériser ce sous-groupe marginalisé et de cerner leurs besoins complexes en matière de santé, souvent mal compris et pas satisfaits de manière adéquate au sein de notre système de soins actuel. Une meilleure coopération interinstitutionnelle est nécessaire face à un système de soins fragmenté et clivé, avec un développement de services à bas seuil, fondés sur une politique de réduction des risques, jouissant d'une grande flexibilité vis à vis des consommations de toxiques.

Mots-clés : pathologie duelle / sans-abri / réduction des risques / trouble d'usage à une substance / substances psycho-actives