

Synthèse

RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

En collaboration
avec la COORDINATION
BRETONNE DE TABACOLOGIE et
le CENTRE HOSPITALIER
GUILLAUME RÉGNIER

17^{es}
RENCONTRES
PROFESSIONNELLES
DU RESPADD

→ JEUDI

14 JUIN 2012

RENNES

MAISON DES
ASSOCIATIONS

6, cours
des Alliés

ADDICTIONS & PSY CHIA TRIE

www.respadd.org



INTRODUCTION

Anne Borgne - *Présidente du RESPADD*

Bienvenue aux 17èmes rencontres du RESPADD. Je vous remercie tous, d'abord, d'être arrivés si nombreux. Je voudrais également remercier la Direction Générale de la Santé, représentée par Nathalie Joannard, M. Jean-Michel Doki-Thonon, directeur de la santé publique de l'Agence Région de Santé Bretagne. Mais aussi l'ensemble des équipes de l'hôpital Guillaume Régnier, bien évidemment, avec qui nous avons organisé ce programme.

Juste un rappel pour ceux qui ne connaissent pas le RESPADD. Vous connaissez peut-être mieux le Réseau Hôpital sans Tabac, né en 1996, sous l'égide de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers d'un côté et de l'AP-HP de l'autre. Nous avons cette année, entre 850 et 900 établissements adhérents. Nous sommes devenus le RESPADD, c'est-à-dire le Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions en 2007, au moment où se mettait en place le plan gouvernemental et

l'organisation des soins en addictologie. Les journées du RESPADD sont de manière alternative, une fois à Paris, une fois en région. Organiser ces rencontres en région nous paraît important, car cela permet au réseau de mobiliser ses délégués régionaux.

Nous avons eu confirmation de l'importance du choix de la thématique « Addictions & psychiatrie » par une enquête que vient de réaliser le RESPADD concernant la question du tabagisme dans les services de psychiatrie. Les premiers résultats nous montrent à quel point la question est encore très importante puisqu'il y a encore un tabagisme persistant, des méconnaissances des équipes sur les possibilités d'organiser des lieux sans tabac en psychiatrie et d'accompagner les patients. A été pointé également le grand manque de formation en tabacologie de ces équipes, qui sont 50% à s'estimer non formées à ce sujet.

Jean-Dominique Dewitte - *Président de la Coordination Bretonne de tabacologie, Pneumologue et enseignant en santé au travail, Brest*

Il y a quelques mois, Xavier Guillery nous a contacté pour proposer cette journée commune entre le RESPADD et la Coordination Bretonne de Tabacologie. La CBT est née à Rennes, en avril 2003, à la clinique Saint Laurent. On a actuellement entre 70 et 75 adhérents, personnes intéressées en Bretagne par la tabacologie. Nous sommes présents dans les quatre départements et on essaie tous les ans d'organiser une journée, en alternant selon les villes. La Coordination Bretonne, c'est aussi de la recherche sur l'échelle d'évaluation du manque. Nous travaillons aussi sur la BPCO et nous devrions, je pense, vous

présenter les résultats lors du congrès de la SFT, à la Cité Universitaire à Paris. Le thème d'aujourd'hui, « addictions et psychiatrie » nous intéresse depuis longtemps. C'est en effet un problème qui se pose de plus en plus. Classiquement, on connaît le problème de l'alcool dans le milieu du travail, mais le tabac est arrivé derrière. Ce sont également profilés les problèmes du cannabis et d'autres drogues en particulier la cocaïne, qui pose pour le médecin du travail un certain nombre de questions. Il était donc intéressant de voir enfin ces deux domaines réunis.

Anaïs Jéhanno - *Directrice adjointe, centre hospitalier Guillaume Régnier*

Notre établissement de santé a adhéré au RESPADD en 2010. Cette adhésion est un véritable levier, à l'intérieur même de notre établissement, pour travailler sur le thème des addictions et plus particulièrement sur la prévention du tabagisme. Le thème « Addictions & psychiatrie » fait partie de notre cœur d'action au quotidien, puisque nous disposons d'un pôle addiction et précarité, et touche effectivement de plus en plus de patients. C'est un des axes prioritaires du Plan Régional de la Santé et qui sera inscrit de manière forte dans le futur projet d'établissement. Plus

particulièrement la question du tabagisme et de la prévention du tabagisme, puisque, comme tous les établissements de santé mentale, lors de la loi 2007, on s'est retrouvé devant une problématique assez complexe. Le centre hospitalier Guillaume Régnier a vraiment travaillé sous l'angle de la prévention et du soin en mettant en place une équipe de tabacologie de liaison, qui fait tout un travail de formation, de sensibilisation auprès des équipes qui est très important, et qui permet de travailler l'accompagnement des équipes.

Jean-Michel Doki-Thonon - *Directeur de la santé publique, Agence Régionale de Santé Bretagne*

Je représente l'ARS en tant que directeur de la santé publique. Nous sommes heureux d'être ici, car on rejoint vos préoccupations. En Bretagne, on est, comme la France entière, touché par les addictions, mais un peu plus quand même que d'autres régions.

Comme nous l'évoquions tout à l'heure, la formation est effectivement un facteur clé pour améliorer le repérage et la prise en charge. On a organisé un colloque sur Alcool et grossesse et on a vu que la formation était essentielle. On s'est rendu compte qu'un certain nombre

d'établissement gagneraient à faciliter l'accès à la formation de leurs personnels soignants. Je sais bien que cela a un coût, que la vie dans les établissements est difficile, qu'on a besoin des personnels dans les services actifs. Mais en même temps la formation est un investissement. Nous allons faire en sorte que le message passe vers les directeurs d'établissements de santé pour que le besoin de formation trouve une réponse sur les questions de priorité de santé publique qui sont bien entendues identifiées dans le cadre du projet régional de santé Bretagne.

JALONS DANS L'HISTOIRE DE QUELQUES ADDICTIONS

Alain Caubet– *Toxicologue, centre antipoison, CHU Pontchaillou, Rennes*

Rappelons pour commencer que le mot « Histoire » vient du mot « enquête » en grec. Ce n'est pas un tableau général que l'on brosse, c'est un coup de sonde comme dans une meule de fromage. Et cette histoire va dépendre, comme un journal télévisé, de qui le tient, à qui on le tient, quand on le tient, pourquoi on le tient et puis à la fin on s'intéresse à ce qui a été dit. Chaque version d'Histoire dépend des sources de l'historien. Pour moi l'Histoire en médecine s'appuie sur un contexte économique et social. Il paraît aujourd'hui facile d'aller à l'officine se procurer une substance même si on ne sait pas qu'elle vient de l'autre bout du monde. Mais comment faisaient les apothicaires ? Comment se procuraient-ils des produits qui venaient de Turquie ou d'Amérique ? Il y avait tout un réseau commercial. L'enrichissement et le commerce international ont une bonne part dans la large diffusion des substances dans l'Histoire.

Tout d'abord, évoquons le cas du tabac, qui est massivement une histoire d'argent. Une étude économique parue il y a deux ans montre que le tabac coûte sept milliards d'euros en termes de « mal être » à la France. L'alcool coûte quatorze milliards. Mais ce n'est que très peu vu les taxes que perçoit l'Etat, d'un point de vue économique les drogues, elles, nous font perdre

un milliard d'euros que l'on ne sait pas comment rattraper tandis que le tabac ou l'alcool fait gagner de l'argent. Quel cynisme ou brutalité !

C'est Colbert, qui en 1674, demande la création d'un monopole du tabac. C'est une bonne affaire car quand ce monopole va disparaître en 1791 il rapportait près de trente-deux millions de livres, c'est-à-dire quinze à seize bateaux de guerre de l'époque. On comprend déjà le caractère indispensable de cette économie pour la royauté. La République généreuse récupère avec les taxes un peu d'argent. En 1810, les guerres napoléoniennes amènent à recréer le monopole. Il n'a disparu que récemment, sous l'Union Européenne, avec le démantèlement du SEITA, Service Industriel des Tabacs et Allumettes. Dix mille tonnes de tabac sont fabriquées sous le Premier Empire. Napoléon coûtait dix mille francs en tabac à priser et laissait traîner partout ses tabatières. 85% du tabac était à priser, la tabatière est alors un objet usuel. Le tabac était aussi fumé à la pipe. Les pipes de terre, un objet de basse classe, étaient très fragiles et se cassaient au bout de quelques usages. Le reste, le plus bas peuple, va chiquer mais c'est une habitude qui va se transformer. Le cigare apparaît courant 19^{ème} siècle. Il est cher car sa fabrication nécessite de longues

feuilles, demande beaucoup de temps et produit de nombreux déchets appelés « scaferlatis ». Ces déchets forment la cigarette. La cigarette, aujourd'hui preuve mondaine, récupère donc les restes. Née en 1840, son bas coût et son odeur peu intense vont la démocratiser. 1875, un français consomme 840 g de tabac par an et par personne. 1877, apparaît la cigarette hongroise qui deviendra ensuite la Gauloise destinée à un grand avenir. 1860, six millions de cigarettes, 1870, à la fin du Second Empire, dix-sept millions de cigarettes. 1893, un milliard de cigarettes. 1924, dix milliards. 1963, soixante milliards. Aujourd'hui on est entre quatre-vingt-dix et cent milliards. Nous sommes dans une ascension extrêmement rapide qui s'incruste auprès de la population française, notamment pendant la Guerre de Quatorze.

Les cancers vont mettre trente ans à se manifester, c'est l'explosion à laquelle beaucoup d'entre nous ont assisté. On a mis longtemps à comprendre. Quelques dates encore : en 1950, on commence à découvrir les complications cardiovasculaires du tabac avec Bradford. Les consciences commencent à changer dans le corps médical. En 1921, le cancer des bronches touchait trois cents quarante-sept cas et aujourd'hui, ce sont des dizaines de milliers de personnes qui sont touchées.

Parlons de la lutte contre le tabac. Concernant l'interdiction, en 1861, on interdit de fumer dans la Banque de France, pour risque d'incendie.

Suivront la Bourse, les bureaux de poste et l'Assistance publique. Fin des années 1890, on décide, par principe, de ne plus distribuer du tabac aux soldats non fumeurs. Alors arrivent les personnes de bonne volonté, les hommes d'une croisade, une seule. Un spécialiste, Eugène Nicole donne une conférence le 9 juillet 1869, dans laquelle il donne des recommandations comme utiliser des cigarettes moins fortement dosées ou interdire la vente de tabac aux enfants et adolescents. Nous sommes en 1869 et l'interdiction est arrivée en 2010 ou 2011. Donc avant même le désastre on commence à s'inquiéter, à informer, à faire de la substitution, et un peu d'interdiction.

Maintenant, parlons de l'alcool, avec une France partagée en deux : avec le Nord, la pomme, le Poiret, la France du Sud, du vin. Les modifications climatiques et le commerce ont fait que des zones se sont spécialisées. Et le chemin de fer va acheminer et démocratiser l'alcool en le rendant accessible. Le tournant est au Second Empire, puisqu'on y déplorait l'alcoolisme des citadins. A Paris, à cette époque il y avait un débit de boisson pour neuf maisons, un chiffre considérable. Si les débits voient leur nombre diminuer sous le Second Empire, le pouvoir républicain en 1879 va permettre la libéralisation. Et ce sont alors cents dix mille débits de boisson qui sont créés, soit en 1898, un pour vingt électeurs. La France s'alcoolise et les alcools évoluent.

A l'époque, on ne sait pas si l'alcool est néfaste.

Les médecins barbotent dans les ambiguïtés. Il y a même un alcool hygiénique, le vin français. Le vin rouge, produit de la vigne, est convenable et sain. Il faut par contre refuser les vins macérés qui font entrer des feuilles, plantes ou graines. On rentre dans une polémique, celle de l'absinthe qui envoie au cimetière des familles entières. L'absinthe va poser un énorme problème et va payer pour les autres. Ce n'est pas le goût qui attire mais sa teneur en alcool extrême, cachée par le sucre et certaines substances. Plutôt que de s'attaquer à l'alcool comme problème « tabou » on préfère l'absinthe. En 1915 on exproprie les usines d'absinthe. Mais la lutte contre l'alcool ne s'arrête pas là.

Au delà des aspects législatifs, on va faire des affiches, mais elles restent timides. Les instituteurs témoignent : « *les enfants imitent ce qu'ils voient à l'extérieur. Ils miment des ivrognes devant les affiches avec les contorsions, les grimaces, ...* ». Le cinéma ? En 1902, avec la firme Pathé, il y a la sortie des « victimes de l'alcoolisme » d'après *L'Assommoir* de Zola. Puis en 1907, on sort « l'alcool engendre la tuberculose ». Moyennement vendeur. En 1915, on ne rigole plus. Les Américains nous vendent des armes. Mais les dockers sont trop saouls pour les débarquer. L'alcoolisme est présent et est responsable notamment de la dénatalité ou du développement du nombre d'aliénés dans les hôpitaux, de la dégénérescence... Tout tombe sur l'alcool. On interdit aussi d'aller au travail en état d'ébriété. C'est l'époque du « patron

portier ». Mais on sait que, même aujourd'hui, le problème de l'alcool sur le lieu de travail est peu abordé.

Intéressons nous enfin au cannabis. Le cannabis, au même titre que l'opium, exerce une certaine fascination sur la population. Il évoque l'Orient, le Caire, Tanger, Damas, des effluves, des minarets et des personnes qui se portent bien. Monsieur Villard dans sa thèse inaugurale de professeur (1972) nous décrit le haschich récent. « *Entre tous ces individus on découvrait une grande effusion, ils étaient frères, se tenaient les mains, se voyaient dans un monde où toutes les jouissances étaient assurées. L'un se disait sultan, l'autre envoyé du prophète* » D'autres manifestaient la figure de la prostration. La figure sombre, les yeux fixes, le visage prostré, les traits tirés, la torpeur, le regard hébété, le manque d'articulation, la perte des aptitudes professionnelles, l'habileté manuelle, sa vie est celle d'un automate. Nous sommes dans une perplexité totale. En 1916, on considère que la consommation en public sera condamnable. Le texte sur l'approche pénale du haschich aboutit à une estimation surprenante. On compte entre les deux guerres entre cinq et quinze mille drogués pour toute la France. A l'époque, le drogué se retrouvait dans des grandes familles : le drogué médical qui a rencontré l'opium ou le haschich et qui ne peut pas s'en libérer, (1/3 des personnes interpellées), le monde de la prostitution, du spectacle et des artistes et enfin les coloniaux et les minorités. Les douanes

estiment, elles, qu'il n'est pas utile d'intervenir pour un si petit nombre de personnes. Les saisies entre 1920 et 1922 atteignent environ 100 kg de cocaïne, 50 kg d'opium et 5g de haschich. Le haschich va connaître son essor dans les années 1960. Et la pente monte, et n'a pas fini. Aujourd'hui la massification est venue.

Il apparaît ici évident avec toute la littérature qui existe que c'est l'Etat qui donne le tempo, qui dit ce qu'il faut faire.

Claude Vedeilhie - *Chef de Pôle Addiction et Précarité, psychiatre, Centre hospitalier Guillaume Régnier, Rennes*

J'étais en train de penser au rapport que les gens avaient au tabac, puisqu'ils devaient le priser, et ensuite cela s'est transformé en cigarette que l'on fume. Je faisais le lien avec la cocaïne qui fut un temps sniffée puis qui s'est développé sur un mode fumé, avec le crack en particulier. Donc l'Histoire se continue finalement dans les représentations des uns et des autres.

APPROCHE CLINIQUE ET GENETIQUE DU TABAGISME : QUEL ROLE POUR LE PSYCHIATRE DE DEMAIN ?

Yann Le Strat – *Psychiatre, Hôpital Louis-Mourier, AP-HP, Colombes*

Mon propos aujourd'hui ne va évidemment pas être un discours simpliste sur « est-ce qu'il y a ou non une prédisposition génétique et est-ce qu'il n'y a que ça qui compte » parce que bien évidemment vous le savez tous, il y a des facteurs génétiques mais il y a avant tout des facteurs environnementaux. Il y a aussi des facteurs de personnalité, il y a des éléments de la rencontre avec le produit, le produit lui-même. Et puis bien sûr des interactions entre tous ces facteurs. Aujourd'hui on m'a demandé de parler de génétique, mais ayez en tête que c'est une vision simpliste.

Alors quand on parle de génétique des addictions, on peut se poser la question de savoir si des facteurs génétiques sont vraiment impliqués dans la dépendance ? Là on a de la chance la réponse est très claire : oui, il y a une génétique des addictions. Le fait d'être apparenté au premier degré, d'être le père, la mère, le frère de quelqu'un qui souffre d'une dépendance augmente le risque de développer soi-même une dépendance par rapport à la population générale. Selon les travaux, il y a un facteur qui est multiplié par trois ou cinq, cela dépend des études, cela dépend des produits. Il y a évidemment une limite à cette agrégation familiale, c'est qu'elle ne signe pas le caractère génétique d'une affection. On peut avoir développé une dépendance à l'alcool et que son

père en ait également développé une, et que les liens qui lient ces dépendances soient dues au hasard, à des phénomènes éducatifs, socioéconomiques, culturels, etc. Ce qui signe ce caractère génétique ce sont les études de jumeaux qui vont étudier les différences de concordance entre les jumeaux monozygotes, et la concordance de diagnostic chez les faux jumeaux. Et ce que ces études vont nous montrer, c'est qu'il y a systématiquement une supériorité de la concordance du diagnostic chez les vrais jumeaux quand on les compare aux jumeaux hétérozygotes. Par contre, ce que ces travaux ne disent pas, ce sont quels gènes sont impliqués et aussi qu'est-ce qui est transmis. Est-ce que c'est l'addiction elle-même ? Une vulnérabilité commune à toutes les addictions ? L'impulsivité par exemple ? La précocité des consommations ? Est-ce que c'est un peu plus génétique que la schizophrénie ou l'autisme ? Et pour ça on utilise une mesure statistique qui est l'héritabilité. Cette héritabilité, c'est le pourcentage de la variance d'un phénotype qui est expliqué par des facteurs génétiques, en d'autres termes, à quel point, en pourcentage, une affection est-elle liée à des facteurs génétiques ? Alors si on essaie de chiffrer cette héritabilité des addictions, la fourchette haute est aux alentours de 60% pour les addictions au tabac, à l'alcool, et au cannabis. Pour les autres

addictions, à l'héroïne par exemple, les données sont un peu moins fiables parce que les études de jumeaux sont moins précises et comportent un nombre de participants qui est un peu moins importants, mais globalement elle varie entre 30 et 60%. On voit que pour l'autisme, la schizophrénie et le trouble bipolaire, le poids des facteurs génétiques est extrêmement important et le poids finalement de l'environnement est plus modeste. Ce qu'on peut voir, c'est que la précocité de consommation, va avoir une héritabilité relativement faible. Finalement, ce ne sont pas vos gènes qui vont faire que vous serez exposé de façon précoce ou de façon tardive, c'est plutôt le milieu dans lequel vous baignez. Le niveau de consommation, les effets ressentis lors de l'initiation, l'intensité des consommations et finalement les phénomènes de persistance des consommations, en d'autres termes ce que les cliniciens appellent la dépendance, ce sont des phénotypes qui sont beaucoup plus héréditaires, beaucoup plus soumis à des facteurs génétiques. En d'autres termes, si vous ne vous exposez jamais à l'alcool de votre vie, vous pouvez avoir tous les gènes délétères possibles qui augmentent votre risque de devenir dépendant à l'alcool si une fois par malheur vous en consommez, mais si jamais vous n'en consommez jamais de votre vie, jamais vous n'allez devenir dépendant à l'alcool. Et donc très clairement il va y avoir une interaction mécanique entre un facteur

environnemental, le fait de rencontrer ou non l'alcool.

Le deuxième problème qui se pose est le problème de l'impact de la pénétrance incomplète. Le fait que quand on est porteur d'un gène à risque on ne va pas pour autant développer des maladies. La totalité des variants qui sont impliqués dans les différentes conduites de dépendance sont des variants qui sont fréquents en population générale. Il y a un autre problème, c'est que vous pouvez ne pas avoir de variants génétiques et avoir quand même développé une dépendance, parce que vous êtes soumis à des facteurs environnementaux, une pression familiale pour consommer qui est importante.

Enfin, il n'y a pas un gène qui est impliqué dans les addictions. Au début des années 1990 de nombreux journaux grand public titraient « *on a découvert le gène de l'alcoolisme* ». En fait non, il y a de très nombreux gènes qui sont impliqués, qui interagissent les uns avec les autres et avec des facteurs environnementaux pour augmenter un peu le niveau de vulnérabilité à certaines addictions. C'est ce qui fait l'intérêt de notre métier : on a jamais à faire à la même personne, à la même histoire. Les prises en charge vont être très différentes et probablement les substrats génétiques qui sous-tendent les affections vont être aussi différents.

L'autre niveau de complexité c'est de savoir à quel phénotype on s'intéresse ? On a dit que

probablement, l'héritabilité était plus importante pour les phénotypes proches de la dépendance mais finalement des facteurs génétiques apparaissent à différents niveaux du développement d'une dépendance depuis les effets que l'on ressent lors d'une première consommation, jusqu'aux consommations à risques, au développement d'un abus, d'une dépendance ou même des complications liées à la consommation de produits. Un des phénotypes auquel nous nous sommes intéressés d'un point de vue d'abord clinique, ce sont les effets que l'on ressent lors de la première consommation. Pour cela on est parti du principe que des facteurs génétiques, sont impliqués dans les effets que l'on ressent lors de ces premières consommations, et que ces effets vont être prédictifs du développement d'une dépendance ultérieure. Pour essayer de montrer cela on a demandé à trois mille jeunes adultes en population générale, âgés tous de dix-huit ans, de participer à un travail qui évalue les différentes personnalités, leurs antécédents familiaux de consommation ou de dépendance et qui mesure aussi les effets ressentis. On met en évidence que plus on a ressenti d'effets agréables au cours de la première consommation, plus on a de risque de développer une dépendance et le risque est multiplié par un facteur 30 pour les sujets qui ont plus de cinq effets positifs au cours de leurs premières consommations.

Tant qu'on parle de génétique, je suis obligé de vous montrer les travaux sur les facteurs génétiques de la dépendance au tabac. En 2008, il y a eu des premiers travaux qui ont porté sur des variants codants pour les récepteurs à l'acétylcholine. On le sait, la nicotine se fixe sur les récepteurs à l'acétylcholine. Il est assez logique de s'intéresser à la génétique de ces récepteurs et de regarder la manière dont le cerveau reçoit la nicotine, et va moduler le risque de développer une dépendance. Et pour ça on s'intéresse à trois gènes qui sont regroupés en cluster : le gène CHRNA5 qui code pour la sous unité alpha 5, le gène CHRNA3 qui code pour la sous unité alpha 3 et le gène CHRNB4 qui code pour la sous unité bêta 4. Ces trois gènes regroupés en cluster on fait l'objet de très nombreuses publications toutes, concordantes, qui montraient que cet ensemble de gènes étaient impliqués de façon très claire dans le cancer du poumon et dans différentes infections liées à la consommation de tabac. L'ensemble des études sont en faveur de l'association de cet ensemble de cluster de gènes avec non seulement le cancer du poumon mais aussi la dépendance au tabac, sachant que de façon indépendante le tabac va augmenter le risque de développer un cancer du poumon. Les possibilités à venir sont multiples et entraînent en tout cas des enjeux éthiques, des questions de dépistage des sujets, des questions de pharmacogénétique.

Tout cela pose énormément de questions dont la première est : « *on a mis en évidence un gène, on en recherche d'autres, qu'est ce qu'on va faire une fois qu'on aura les résultats ?* » Dans les années qui viennent d'autres gènes vont émerger, et il y en a déjà. J'ai simplement montré un de ces variants génétiques qui était joli mais il y en a de nombreux autres. Est-ce que ça change quelque chose pour le clinicien ? Le premier challenge est déjà derrière nous, car on propose sur Internet aux patients de regarder leurs marqueurs génétiques moyennant une petite contribution d'environ 200 dollars. C'est un vrai problème éthique. C'est le rapport de la probabilité d'être malade quand on a ce signe sur la probabilité de ne pas être malade quand on a ce signe-là. Les travaux de W. Hall disent que probablement la génétique va rentrer en compte, va modifier nos pratiques, va modifier notre façon de prescrire les traitements. Aujourd'hui l'évidence et les preuves que l'on a en génétique sont insuffisants et, en tout cas, sont largement dépassées par des questions aussi simples que « est-ce que vous êtes déprimé ? », « est-ce que vos parents fument ? », « est-ce que vous êtes vous-même fumeur ? », etc. Très clairement, l'impact de la mesure de ces facteurs génétiques sera un enjeu des années à venir. Il y a des enjeux éthiques qui sont évidents « est-ce qu'on a le droit de faire du dépistage en population générale ? » Mais il y a en tout cas un besoin d'expertise qui va arriver dès demain, dès que nos patients en France commenceront à faire comme les patients aux Etats-Unis. Avoir

leur test génétique fait sur Internet, venir voir leur médecin en lui demandant « qu'est-ce que je peux faire de ça ? ».

Question de la salle : Est-ce qu'il y a des éléments croisés au niveau de l'héritabilité sur le tabac et les troubles psychiatriques, notamment la schizophrénie ? Il semble qu'il y ait des études sur l'apparition du cancer du poumon chez les patients schizophrènes, et il semblerait d'après certaines études, qu'il y aurait des éléments de protection ?

Yann Le Strat : Est-ce que finalement il y a une vulnérabilité commune à la schizophrénie, à la dépendance au tabac, à la dépendance à l'alcool ? Est-ce qu'il y a une héritabilité croisée des addictions entre elles ? La réponse est claire et ferme, c'est oui. Le fait d'avoir un apparenté premier degré dépendant augmente le risque d'être soi-même dépendant au tabac. Indépendamment de la dépendance au tabac et indépendamment de la consommation d'alcool que l'on a soi-même, c'est-à-dire que ce n'est pas parce qu'on est dépendant à l'alcool que du coup on est dépendant du tabac, qu'on va la transmettre à son fils. Ce sont vraiment des phénomènes croisés et pas seulement des biais de comorbidités de l'un ou de l'autre.

Question de la salle : Votre exposé pose la question d'une médecine prédictive et de l'éventualité que des gens qui ne sont pas encore malades iraient voir les médecins. Surtout en maladie mentale où plus de gens sont dans le

déni des troubles et ne viennent pas consulter, je ne suis pas vraiment convaincu qu'on puisse arriver à cette situation où des personnes viendraient au cabinet du psychiatre en disant « je ne suis pas encore malade mais est-ce que ça pourrait m'arriver ? ».

Claude Vedeilhie : En effet, je trouve cela quand même très complexe d'annoncer à quelqu'un qu'il pourrait être schizophrène dans l'avenir. C'est quand même très compliqué, même sur le plan éthique. Vous imaginez la

problématique sociale que cela impliquerait ? Donc ce sont vraiment des enjeux, et il faut y réfléchir, dans une dimension éthique.

Yann Le Strat : Alors ça c'est vraiment très clair, c'est un problème auquel on doit faire face et auquel on devrait être confronté. Les assurances aujourd'hui en France et dans de nombreux pays ont le droit de vous exclure ou d'augmenter vos cotisations en fonction des résultats de votre analyse sanguine.

À L'INSTITUT PHILIPPE PINEL DE MONTREAL, ON NE FUME PLUS

Paul-André Lafleur – *Psychiatre, Professeur-adjoint à l'Université de Montréal*

L'Institut Philippe Pinel de Montréal est un hôpital à sécurité maximale au Québec et le Pavillon Albert-Prévost du Sacré Cœur est l'un des services de psychiatrie le plus important au Québec. La loi sur le tabac, promulguée en 1998 et modifiée au fil du temps, est une loi qui a resserré de plus en plus les conditions dans lesquelles les gens peuvent fumer. En 1999, 36% des Québécois fument contre 25% au Canada. En 2009 le taux est comparable avec le reste du Canada, respectivement 21% au Québec et 18% au Canada. Il y a eu la loi et de nombreuses campagnes publicitaires qui ont eu une efficacité, notamment une campagne sur la fumée secondaire.

Les aspects de la loi sur le tabac qui ont plus particulièrement concerné les services de psychiatrie datent de 2003. En effet, il est précisé qu'il est interdit de fumer dans les installations des établissements de santé. Par contre il est permis de fumer dans un centre hospitalier psychiatrique. Dès lors, nous avons dû réfléchir sur ce que nous allions faire dans nos établissements. Unique hôpital psychiatrique à sécurité maximale au Québec, l'Institut Philippe Pinel de Montréal est consacré à l'évaluation et au traitement des patients dangereux. Ce sont des patients majoritairement involontaires à qui

l'hospitalisation est imposée. Toutefois, au regard des autres solutions, nous avons décidé de faire de l'Institut Philippe Pinel de Montréal un institut sans fumée. Pour faire accepter cette mesure aux patients mais également au personnel de santé, nous en avons diffusé les avantages tels que l'amélioration de la santé, une réponse à la demande du personnel, une aide pour le recrutement des professionnels, le respect de la mission de l'hôpital et enfin de rendre le milieu plus agréable.

Nous sommes également passés outre les mythes tels que « les patients vont devenir plus violents » puisque dans les exemples des établissements que nous avons, les patients étaient justement devenus moins violents. Nous voulions aussi contrer la facilité de dire « quand ils fument ils ne dérangent pas ». En effet, une cigarette calme, cela permet des négociations avec les patients. Mais tout ceci nous amène à la peur de perdre un moyen de contrôle tel que : « tiens-toi tranquille si tu veux ta cigarette ». Il y avait aussi un autre courant : celui de la pitié : « c'est tout ce qu'ils ont dans la vie ». Par rapport à cela, il faut savoir que la société investissait à tort 40 millions. Mais surtout, la pitié renvoie à la théorie du condamné.

Par ailleurs, nous avons constaté que certains

établissements de santé ayant mis en place cette mesure « d'établissement sans fumée » avant nous, avaient été poursuivis par certains patients. Dans le jugement, il en était ressorti que « la charte n'invente pas de nouveaux droits, elle reconnaît ceux qui existent, il n'existe pas de droit constitutionnel à fumer, il ne s'agit pas d'une punition ou d'un traitement cruel ou inusité ». De plus, il existe le droit primordial qui consiste à protéger la santé des patients non-fumeurs et l'obligation de l'hôpital à offrir un environnement sain. Grâce à ces exemples de droits et de jugements, nous avons pu nous prémunir de poursuites judiciaires à notre rencontre.

Ensuite, nous avons dû faire face au comité d'implantation, constitué pour l'occasion, qui était scandalisé par cette volonté de rendre l'établissement sans fumée. Tous les mythes ressortaient comme contre-arguments de cette mesure. Le comité était composé de non-fumeurs mais également de fumeurs désirant arrêter de fumer et d'autres résolus à continuer. Nous nous sommes dit que cela ne marcherait pas si on réunissait seulement des bien-pensants. Nous avons travaillé dans un harmonieux mélange qui a donné par la suite des réunions houleuses. Nous avons finalement réussi à tous se mettre d'accord et nous avons produit, entre autre, un matériel didactique alimenté au fur et à mesure grâce aux unités pilotes.

Enfin, nous avons mis en place le processus grâce à des unités pilotes volontaires via des activités éducatives et des activités de sensibilisation. De même, un échancier sur environ un an rendait progressivement l'ensemble des unités de l'établissement non-fumeuses, tout en ciblant une date butoir fixée au 31 octobre 2005. Ce processus s'est mis en place grâce à des mesures facilitatrices comme des repas et des collations améliorées, une promotion des activités physiques, un système de reconnaissance des patients, un rafraîchissement des lieux, mais aussi une vigilance décuplée et une mise en place d'un système de fouilles. Tout s'est fait relativement sans douleur.

Nous avons peu à peu constaté la diminution du tabagisme chez le personnel mais aussi une satisfaction relative des patients. Bien sûr, nous avons malgré tout construit un fumoir extérieur pour les soignants fumeurs et les patients fumeurs en ambulatoire.

Je ne dirai que quelques mots du pavillon Albert Premier, où je suis actuellement. C'est un hôpital qui dessert une grande population. Les patients de cet établissement sont là de façon volontaire. La première différence c'est que l'un s'est fait en 2005, l'autre en 2011. Les temps ont changé et pour tout le monde, un univers sans tabac est acquis, voire normal.

APPROCHE PSYCHOEDUCATIVE AMBULATOIRE DE L'ADDICTION TABAGIQUE DANS LES MALADIES SCHIZOPHRENIQUES

David Levoyer – *Psychiatre, Centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes*

Ce projet de module psycho-éducatif est né il y a 6 ans devant les constats que les personnes qui souffrent de schizophrénie (entre à peu près la moitié et les 2/3 des personnes prises en charge par l'hôpital) cumulent beaucoup de comorbidités, dont celles des addictions, à l'alcool, au cannabis et au tabac. Le tabac a eu

notre préférence car 65% des patients qui souffrent de schizophrénie fument en moyenne 25 cigarettes par jour. Notre projet est en grande partie financé par l'Institut National contre le Cancer. C'est aussi le premier projet que finance cet institut sur le thème du tabagisme chez les patients schizophrènes.

Cécile Rivoallan - *Psychologue clinicienne, Centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes*

L'équipe de ce module est composée d'un médecin tabacologue, de deux psychologues, d'un psychiatre et d'une infirmière tabacologue. Nous avons défini différents objectifs que sont l'arrêt ou la diminution de la consommation du tabac, l'information des participants sans les culpabiliser, faciliter l'accès à des moyens de substitution nicotinique, l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être des patients, le développement d'une confiance chez les sujets dans leurs compétences à arrêter de fumer, limiter les conséquences négatives sur le plan psychologique et financier, diminuer les risques cardio-vasculaires, améliorer les capacités physiques, leur permettre de retrouver le plaisir du goût et des saveurs, mais aussi créer un lien d'entraide et de soutien au sein du groupe. Le recrutement pour ce module se fait sur la base du volontariat et est composé d'une dizaine de patients. Le module se déroule sur douze

séances, huit séances consécutives auxquelles s'ajoutent quatre séances de rappel à un, trois, six et douze mois. A cela, on rajoute trois ateliers qui sont des moments un peu plus informels. Les principaux outils utilisés lors des huit premières séances sont : une description individualisée du tabagisme, un repérage des contextes de consommation de chacun, une mise en place d'alternatives en fonction de ces contextes identifiés, un entraînement aux habilités sociales, une gestion du temps et une gestion des émotions, ainsi qu'une prévention de la re-consommation sachant que chaque participant fait comme il le souhaite dans la mise en place de ces outils. Tout ceci avec des supports variés, nous essayons d'être assez ludiques : des questionnaires, des mises en situation, des extraits de publicités et des extraits de films et de bandes-dessinées.

L'objectif principal des séances de rappel, est de maintenir les acquis et d'aider les participants à développer d'autres compétences s'ils en sont demandeurs. Il s'agit également d'évaluer les consommations des participants au fil du temps, de recueillir aussi leurs ressentis depuis la fin du groupe, de répondre à leurs différentes interrogations, sur un principe de libre échange.

Question : Pourquoi ce module est-il particulier pour les schizophrènes par rapport à une autre population qui n'a pas de troubles psychiatriques ?

David Levoyer : Nous sommes partis d'un constat que la dépendance tabagique est 2 à 3 fois plus fréquente en population psychiatrique qu'en population générale, et également qu'il

existait un tabagisme chez 65 % des patients souffrant d'une schizophrénie. Nous avons donc mis en place des séances courtes pour garder leur attention, mais nous avons également joué sur le principe de répétition des séances. Nous nous sommes mis à l'écoute des patients pour leur montrer qu'ils étaient soutenus.

Question de la salle : Comment faites-vous pour créer de l'assiduité chez vos patients ?

David Levoyer : Dès qu'on accroche des patients schizophrènes qui ont des soucis d'addictions et qui ont besoin d'aide, ils viennent à toutes les séances. Quand on est rodé à ce genre d'approche, les gens sont à l'heure, voire en avance, et finissent par s'épauler et s'aider mutuellement.

CANNABIS ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Alain Dervaux – *Psychiatre, addictologue, docteur en neurosciences au centre hospitalier Sainte-Anne à Paris.*

La dépendance au cannabis comme toutes les dépendances peut induire, notamment dans ses formes les plus graves, des symptômes de sevrage qui peuvent être de nature psychologiques ou psychiatriques. Dans une étude personnelle menée sur 130 patients, 75 % d'entre eux signalaient des problèmes d'insomnie et d'irritabilité à l'arrêt de leur consommation de cannabis. Ces troubles durent relativement longtemps après l'arrêt du cannabis puisque le THC est une molécule qui est liposoluble et met à peu près 3 à 4 semaines pour s'éliminer de l'organisme. Il y a aussi des symptômes psychiatriques qui sont liés à la consommation, lors de l'intoxication chez des patients qui ont un taux de THC sanguin élevé. Alors qu'est-ce que vous pouvez repérer ? Ce sont les attaques de panique, des états d'angoisses aiguës où les gens ont l'impression de ne plus rien maîtriser, surtout leur corps et là ils paniquent. Cela peut concerner 20% des consommateurs de cannabis expérimentés ou non-expérimentés. Enfin il y a les symptômes psychotiques induits par la consommation de cannabis comme des idées de références, le sentiment d'être persécuté par exemple qui touche en moyenne 30% des sujets sur cette

même étude personnelle. Généralement les patients ont conscience de ces symptômes qui sont liés à la consommation de cannabis, donc ils savent que cela va s'arrêter avec l'élimination du THC dans l'organisme. Depuis 2 ou 3 ans on insiste sur les effets différentiels de cannabinoïdes qui sont contenus dans le cannabis. Alors qu'avant on pensait qu'il n'y en avait qu'un qui était psycho-actif dans le cannabis, aujourd'hui on sait qu'il y en a deux. Le premier c'est le delta 9 THC qui est psychomimétique, c'est-à-dire que c'est lui qui entraîne les effets psycho-actifs du cannabis et notamment les effets psychomimétiques. Il y a aussi une autre molécule qui s'appelle le cannabidiol sur lequel beaucoup d'études sont sorties récemment. Il semblerait que les variétés de cannabis qui contiennent beaucoup de cannabinoïdes atténuent les effets psycho-actifs et en tout cas, psychomimétiques du cannabis. Ceci n'est pas anodin parce que dans l'herbe il y a essentiellement du THC et très peu de cannabidiol, alors que dans la résine du cannabis, il y a autant de THC mais beaucoup plus de cannabinoïdes. Et manifestement les effets psychomimétiques de la résine sont moins évidents que ceux produits par l'herbe.

Un trouble amovationnel peut également être lié à la consommation de cannabis. Il se caractérise par une baisse de l'activité intellectuelle et sociale, par une humeur souvent dépressive et qui régresse après sevrage. Cependant, ce trouble amovationnel est discuté puisqu'il s'agit d'une imprégnation cannabique persistante chez des gens qui en réalité n'arrêtent pas leur consommation. Cela m'amène aussi à évoquer les troubles cognitifs induits par le cannabis, qui ne sont pas à proprement parlé des troubles psychiatriques mais cela a quand même un impact, puisque ces troubles vont aggraver la dépression, les troubles bipolaires et ceux de la schizophrénie. Le cannabis induit aussi directement des troubles de la mémoire de travail, ce qui a un impact sur l'apprentissage scolaire. Le début de la consommation est environ à 15 ans et ainsi les élèves en échec scolaire sont plus vulnérables à la consommation de cannabis et celle-ci va le renforcer.

Parlons également des troubles comorbides psychiatriques, c'est-à-dire les nombreux troubles qui sont associés à la consommation de cannabis, mais aussi associés à de nombreuses autres substances. Souvent, on remarque que les patients qui viennent pour une dépendance au cannabis ont également consommé de la cocaïne dans 50% des cas. L'étude NESARC menée aux Etats-Unis met en lumière une fréquence très importante des comorbidités psychiatriques et tout particulièrement des troubles anxieux, avec

43% les douze premiers mois et 50% sur la vie entière ; des troubles dépressifs à 18% les douze premiers mois et 25% sur la vie entière ; et des troubles bipolaires à 23% les douze premiers mois et à 24% sur la vie entière. On sous-estime très souvent les troubles de la personnalité, c'est-à-dire cette façon qu'ont les sujets de se positionner dans le monde en particulier dans leurs relations avec les autres. Dans cette même étude NESARC, on constate que 2/3 des patients dépendants au cannabis présentent des troubles de la personnalité appelée aux Etats-Unis « antisocial » qui se manifestent par l'intolérance aux frustrations et par un rapport à la loi se manifestant par la transgression.

On retrouve également très souvent un trouble que l'on nomme l'alexithymie. Il se caractérise par la difficulté ou l'incapacité à exprimer ses émotions. Il est également lié à la consommation de cannabis. Avec les substances, les consommateurs arrivent à connaître des sensations qui se substituent à leurs émotions.

Les troubles dépressifs liés à la consommation de cannabis sont relativement fréquents, puisqu'ils représentent 18% des cas dans les douze mois et 25% des cas sur la vie entière d'après l'étude NESARC. Cliniquement dans la population, ils touchent 30% des cas. Le cannabis peut être parfois de l'automédication de sujets déprimés, et on s'aperçoit alors qu'ils « automédiquent » leurs symptômes de sevrage, d'humeur dépressive ou de symptômes anxieux. Ensuite, on sait que le cannabis augmente le

risque de dépression, notamment chez des populations jeunes. L'expression de la dépression symptomatique est différente et se manifeste surtout par des comportements : irritabilité, conduite à risque, des comportements agressifs voire suicidaires. A ce moment, il faut rechercher systématiquement les signes qui sont bien enfouis derrière, les signes de dépression habituels, c'est-à-dire la tristesse, le ralentissement, la perte de l'élan vital, l'auto dévalorisation, etc. Dans ces cas-là, les antidépresseurs que l'on utilise habituellement sont les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine.

Par rapport aux troubles anxieux, l'étude NESARC montre qu'ils sont extrêmement fréquents et surviennent généralement avant la consommation de cannabis. On retrouve des attaques de panique dans 22% des cas qui sont très aiguës ou encore des phobies sociales. Ce sont des gens qui utilisent les produits pour se sentir moins timides et faciliter la socialisation.

A propos des troubles bipolaires et de la consommation de cannabis, l'étude NESARC démontre que 23% des sujets dépendants au cannabis ont présenté un épisode maniaque au cours de leur vie, et 10% des cas ont présenté un épisode hypomaniaque. A l'inverse, la fréquence de la dépendance au cannabis chez les patients bipolaires représenterait près d'un tiers de la population sondée. La question du diagnostic des troubles bipolaires est particulièrement difficile. Il existe à la fois un

risque de sous-diagnostic, mais aussi un risque de sur-diagnostic. Il est important de faire le diagnostic parce que l'impact de la consommation de substances est délétère sur l'évolution des troubles bipolaires. Il y a des épisodes thymiques plus importants, avec une accélération des cycles, une observance au traitement moins bonne, une augmentation du risque suicidaire, de la violence, de la désinsertion sociale, des problèmes médico-légaux, etc. Au niveau du traitement je vous renvoie au guide de l'Haute Autorité de Santé que l'on peut trouver sur le site internet. Quand il s'agit de troubles dépressifs, il faut éviter les antidépresseurs seuls et il vaut mieux les associer à des thymorégulateurs.

Il y a, enfin, un risque de troubles psychotiques lié à la consommation de cannabis. On sait que ce dernier multiplie par deux le risque de troubles psychotiques, et en particulier celui de la schizophrénie. Le niveau de preuves est relativement élevé et on remarque clairement une relation dose-effet : plus on fume, plus le risque de troubles psychotiques augmente. Ce risque touche uniquement le cannabis puisqu'il n'existe pas avec l'alcool, les opiacés ou le tabac. Il y a une plausibilité biologique, car il y a des anomalies des systèmes anti-cannabidoïdes dans la schizophrénie. Ce risque est augmenté chez des sujets prédisposés, c'est-à-dire lorsqu'ils ont des antécédents de psychoses dans leur famille. Aussi, deuxième facteur de prédisposition, ce sont les jeunes qui

ont commencé avant l'âge de 15 ans. On constate également que chez les sujets prédisposés, la consommation de cannabis les précipite plus rapidement dans la maladie. Par rapport aux patients qui n'ont pas consommé de cannabis ils vont entrer dans la maladie 2 à 3 ans avant.

Je voudrais finalement insister sur le fait que la consommation avant 15 ans est vraiment délétère et notamment parce que les systèmes anti-cannabinoïdes servent dans la maturation du système nerveux. Il y a ainsi une influence sur la prolifération des neurones mais aussi tous les phénomènes qui concourent à la croissance neurologique.

Dominique Dewitte : Depuis quelques années on nous demande de voir les internes en médecine et il y en a quand même pas mal sous cannabis, et du coup vous avez signalé des troubles de la mémoire, etc. quel est votre jugement sur ce problème là ? Parce que ce sont quand même des gens qui vont se retrouver en garde, avec des responsabilités, etc.

Alain Dervaux : Effectivement il y en a un certain nombre en médecine et cela souligne l'importance de faire de la prévention et de proposer de l'information et du soin. Peut-être qu'un jour on devrait faire un dépistage.

Question : Vous avez fait très peu d'allusions au tabagisme, dans toutes ces études il y a très peu de contrôle du tabagisme, or on sait qu'il y a également un effet de la nicotine sur la structure nerveuse, sur les connexions etc. alors que le tabac est souvent consommé avec il y a peut être une association, une synergie et je pense que dans la littérature il y a un manque de prise en compte de ceci.

Alain Dervaux : Cela commence, notamment dans des études de patients en population générale. Les études présentées ici sont surtout des études sur les animaux il y a donc peu de biais du tabac, et dans certaines études, notamment d'imagerie, il est question de cannabis plus tabac.

SYMPTOMES PSYCHOTIQUES TRANSITOIRES INDUITS PAR LA COCAÏNE

Florence Vorspan – *Psychiatre, addictologue à l'hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris*

Quand on parle de comorbidités, on dit que la schizophrénie c'est 1% de la population générale. L'usage de cocaïne au moins une fois dans sa vie on nous dit maintenant qu'en France c'est 3%. Pour ces patients-là, c'est parfois très difficile de dire si ce sont des schizophrènes qui consomment de la cocaïne ou bien si ce sont des patients atteints de troubles psychotiques induits par la cocaïne. Dans une étude menée dans un service d'urgences psychiatriques il y a 7 cas sur 19 qui, au-delà de 24h, avaient encore un certain nombre de symptômes qui pouvaient être orientés vers des hospitalisations psychiatriques. Cela veut dire qu'il y a en avait quand même 12 qui n'avaient plus de symptômes nécessitant une hospitalisation après 24h. Les manifestations psychotiques sont le 1^{er} motif de consultation des usagers de cocaïne dans les services d'urgences psychiatriques et c'est le 2^e motif de consultation des usagers de cocaïne aux urgences générales après les douleurs thoraciques. Nous avons mené à notre tour une étude à l'espace Murger sur 105 sujets grâce à un questionnaire composé de 4 items qui évaluaient les hallucinations, 8 items qui évaluaient les délires et 4 items qui évaluaient les troubles du comportement. 86% des patients avaient un score supérieur à 2 sur au moins un item, c'est-à-dire qu'ils ressentaient certains

effets décrits dans le questionnaire à la suite de la prise de cocaïne. Dans 44% des cas, dans les quelques minutes à quelques heures qui suivaient la consommation, ils ont eu des hallucinations visuelles, dans 55% des cas ils avaient des idées paranoïdes et 60% des cas avaient des mouvements stéréotypés. On a réutilisé notre questionnaire pour voir si les manifestations psychotiques évoluent dans le temps. On faisait porter le questionnaire sur la semaine de consommation précédente. Ces résultats montrent que le score au début de la prise en charge qui était de 6,4 avait diminué significativement au bout de 3 semaines. C'est intéressant parce que les patients qui consomment moins, ont moins d'effets psychotiques. On remarque aussi que les patients schizophrènes ont également des effets aggravés avec la consommation de cocaïne. Après c'est à nous de mettre en place des moyens pour les aider à diminuer leur consommation, voire à arrêter leur consommation. Nous employons aussi un discours de réduction des risques, comme leur dire que s'ils consomment, la présence d'une autre personne est obligatoire pour prévenir les urgences, par exemple en cas de perte de connaissance.

Question : Avez-vous connaissance d'évaluation de pratique ou de référentiels au sujet de l'évaluation de ces situations de demande de soin qui pourraient nous permettre d'avancer et nous aider dans l'hospitalisation des malades ?

Florence Vorspan : Il y a des études qui disent qu'en général les troubles psychotiques transitoires disparaissent au bout de 24h, ce ne sont pas les 72h de délais avant l'hospitalisation psychiatrique. Malheureusement je n'ai pas connaissance d'autre façon de faire dans

d'autres pays pour dire que la bonne marche à suivre c'est celle-ci ou une autre.

Question : Quels sont les modes de consommation des cocaïnomanes, autre que par injection ?

Florence Vorspan : Parmi nos patients on a à peu près 60% de fumeurs de crack, 20% qui sont des sniffeurs et qui eux utilisent de la cocaïne vraiment de façon exclusive et puis 20% d'injecteurs qui alternent entre la cocaïne s'ils peuvent en avoir et le crack.

LA PSYCHOMOTRICITE : SPECIFICITES ET INTERETS EN ADDICTOLOGIE

Melisande Le Corre – *Psychomotricienne, service d'addictologie de l'hôpital René-Muret, AP-HP, Sevran.*

Je suis assez fière de pouvoir vous parler de mon métier, métier qui, il me semble est rarement rencontré dans les services. On peut dire que la psychomotricité regroupe trois courants de pensée du XX^{ème} siècle : la psychanalyse, les neurosciences et la phénoménologie. S'il y avait une définition générale globale de la psychomotricité : c'est une discipline aux frontières de diverses disciplines. Ce qui nous intéresse, c'est la prise en compte du corps et de l'individu dans la globalité psychocorporelle. Le corps devient outil du soin, espace transitionnel et médiateur qui va soutenir le processus de représentation et d'élaboration. La médiation corporelle intervient entre l'objectivité et la réalité interne du patient. Ce corps nous le considérons comme le lieu d'actualisation des contenus psychiques dynamiques du patient et il va intervenir comme un lieu d'expression de ses douleurs, de ses souffrances, de ses failles et de ses désirs, de ses plaisirs, de ses sensations. Il va nous montrer, nous exprimer la problématique du patient. Et à la fois il va être un lieu d'impression. C'est par ce corps que nous, psychomotriciens, allons tenter d'imprimer quelque chose, d'imprimer des

expériences corporelles, affectives, émotionnelles, que le patient va tenter de ressentir, de vivre, d'exprimer et sur lesquelles il va pouvoir se pencher.

Chez la personne qui présente une problématique d'addiction on retrouve toute l'idée du corps qui va être transpercé, ouvert, percé, qui va être abusé, parfois violenté, traumatisé, c'est le langage infra verbal. Donc le rôle du psychomotricien en addictologie est d'écouter, d'observer. Nous ne sommes pas psychologues. Ce que le patient va nous dire avec ses mots est peut-être un peu moins percutant pour nous que ce qu'il va nous dire avec son corps. Les objectifs thérapeutiques, selon moi, sont vraiment de pouvoir, dans le cadre du sevrage, fournir un temps de confort corporel à des moments où il y a beaucoup de douleur. Ensuite je dirais que l'objectif est d'engager une conscience corporelle. Je demande à mes patients « comment vous sentez-vous ? » Et très souvent les patients font état d'un corps fonctionnel « je mange mal, je dors bien ». Certes, c'est important mais ces patients-là vont rarement vous dire « j'ai des angoisses », « j'ai des frissons à tel endroit, je pense que c'est pour ça ». Nous les

amenons à rencontrer leur sensorialité et à se rencontrer eux-mêmes au plus profond de ce qu'ils sont. Ensuite, le troisième objectif est de stimuler l'expression et l'activité corporelle et donc la communication sensorielle. Nous leur donnons les outils pour améliorer la communication avec autrui. Le quatrième objectif va être de revaloriser l'image du corps avec des patients qui ont une image très sombre et dévalorisée, désincarnée, désinvestie. On essaie de souligner le potentiel thérapeutique de ce corps, de leur montrer que le corps, même s'ils le malmènent et que ce corps les malmène, que ce corps est aussi un lieu d'accueil de la sensation, de mieux-être et d'apaisement.

Je travaille sur les trois temps d'hospitalisation : sevrage, soin de suite et réadaptation et l'hospitalisation de jour. Le temps du sevrage est un temps fort car le patient est très fragile, mais en même temps l'éveil psychique, corporel et autre a beaucoup de potentiel. C'est un moment de bouleversement et cette période est vécue comme une renaissance par beaucoup de patients. Le psychomotricien va leur permettre de se rencontrer et les accompagner dans cette rencontre avec leur intimité, la partie la plus archaïque d'eux-mêmes. Mon objectif est de leur fournir des outils qu'ils puissent réutiliser de façon autonome et éventuellement leur proposer une alternative aux soins médicamenteux qui leur sont nécessaires et qui

pourraient être parfois diminués. Ensuite, j'interviens dans le cadre de l'hôpital de jour. Dans ce cadre qui offre davantage de temps, il s'agit de pouvoir les accompagner avec tous les autres professionnels, dans leur tentative de reconstruction de leur base identitaire.

Je vous propose une petite analyse clinique rapide pour appuyer tous ces propos. Je vais vous parler de Monsieur Y que je rencontre depuis septembre 2011 dans le cadre de l'hôpital de jour sur le motif d'une intensification de jeu pathologique associée à une consommation régulière et importante d'alcool et de cocaïne, de dépendance tabagique, d'hyperactivité professionnelle et des difficultés d'ordre sexuel. Première rencontre, j'ai observé ce patient très prolix, très dispersé psychiquement et corporellement. Ce patient m'a très vite parlé de son rapport à ses addictions en disant je cite : *« mes addictions sont là pour combler un vide »*. Quand je l'ai questionné sur l'objectif thérapeutique qui pouvait être le sien, il m'a parlé de vouloir prendre du plaisir avec le corps de manière non destructive. On a fait une première séance de relaxation en groupe et ce patient a verbalisé que finalement tous les stimuli qui venaient de l'extérieur l'avaient réellement agressés, qu'il les avait vécus comme une effraction. Nous avons commencé un travail de jeu dramatique, improvisation théâtrale. Il n'a pas pu offrir à l'autre une place, ni pu trouver sa place dans un groupe.

Simultanément, à sa demande, j'ai commencé une cure de relaxation à induction verbale. On a, dans le cadre d'une prise en charge individuelle, repositionné les objectifs, et là, l'accompagnement a été plus adapté. La double prise en charge semblait intéressante car, pour lui permettre de trouver sa place dans un groupe, il devait appréhender un niveau plus archaïque de sa propre élaboration de son enveloppe psychocorporelle pour lui permettre un lâcher-prise. Durant les séances de relaxation Monsieur Y a accédé à des temps de centration. Et dans ces temps de conscience corporelle ont pu émerger des sensations très angoissantes qu'il a pu relier à des souvenirs. On comprend là le rôle du psychomotricien : faire émerger par les sensations des émotions inscrites dans le corps. Ensuite l'ensemble des problématiques est reprise par le psychiatre pendant la période ambulatoire du patient. Progressivement on a observé une capacité du patient à se regrouper, à se décaler de sa position, à jouer des personnages, à faire émerger des émotions et à communiquer avec autrui. Il s'est construit une enveloppe

psychocorporelle. Bien sûr, tout n'est pas encore établi. Sur ses consommations : il a réduit l'alcool, et la cocaïne reste occasionnelle. Le jeu est limité à un montant qu'il a lui même déterminé et il envisage aujourd'hui de les arrêter.

Jean-Yves Breurec : Merci pour votre présentation de la psychomotricité. De l'avoir situé, recentré, de nous avoir montré l'importance de la prise en compte du corps tout au long de la prise en charge du patient addictif. Avec des temps différents, des temps du réconfort, notamment dans le sevrage, des temps de favorisation de l'expression, de temps de revalorisation du patient à travers le corps et je crois que c'est extrêmement important. Cela montre tout l'intérêt des équipes rééducatives dans le cadre de l'addictologie. Nous avons inscrit les rééducateurs (psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes,) dans le cadre de nos personnels de niveau 2 pour l'addictologie. Cela n'a pas toujours été compris. Vous nous donnez un exemple parfait de l'intérêt de cette inscription.

TABAGISME ET SUBSTITUTION NICOTINIQUE CHEZ LES PATIENTS SCHIZOPHRENES

Etienne Maunoury – *Psychiatre au Centre hospitalier spécialisé de Blain*

La population schizophrène est fortement exposée au tabac. Les patients schizophrènes fumeurs sont, plus jeunes, ont un début de schizophrénie plus précoce, ont des doses médicamenteuses supérieures et des retours à l'hôpital plus fréquents que des patients schizophrènes non fumeurs. Il reste du travail, car le tabac est souvent utilisé comme un objet de soin, une liberté, un levier motivationnel. C'est ce que pointait le Docteur Lafleur au Québec.

L'approche de limitation des risques s'applique très bien aux patients schizophrènes qui sont des patients plus difficiles à motiver pour les soins en lien avec le tabac. Si le suicide est une cause de décès qui marque les esprits chez les patients schizophrènes, on trouve à égalité les troubles cardiovasculaires, les cancers du poumon et les AVC qui peuvent être induits par le tabac. Dans tous les cas, on sera tous d'accord de l'intérêt à diminuer la quantité. On a remarqué qu'on récupérait des patients avec des objectifs plus large de réduction de leur consommation de tabac par rapport à une approche qui privilégie un arrêt total du tabac trop exigeant pour des patients trop addictés au tabac.

L'étude menée en 2011 avait pour objectif d'étudier la solution par inhalateur nicotinique chez les patients schizophréniques, d'en étudier

la faisabilité et l'intérêt sur cette population. Et puis également de voir s'il y avait un intérêt qui s'adresse à l'addiction gestuelle de ces patients.

Les traitements proposés étaient : l'inhalateur, les patchs transdermiques et les pastilles nicotiques. Le patch, simple d'utilisation, a une délivrance continue tout au long de la journée. Les pastilles, également simple d'utilisation, vont permettre de libérer de la nicotine au patient lors des envies de consommer. Et enfin l'inhalateur, qui permet une libération de la nicotine avec la modalité gestuelle. Par contre c'est une utilisation plus complexe qui a posé problème aux patients ciblés dans nos études.

Un autre de nos alliés dans cette démarche était le CO testeur, qui a permis d'avoir une accroche motivationnelle avec ces patients qui venaient nous voir avec une curiosité pour les résultats au test de CO.

Concernant les résultats, nous avons observé au niveau de la répartition des substituts, à T0, 7 jours, J15 et 1 mois. A T0, 75% des patients n'utilisaient pas de substitut. On s'aperçoit qu'à J7, moins de patients n'ont rien de prescrit, mais une partie n'a pas réussi à utiliser le substitut. Et rapidement on constate un abandon des substituts chez les patients schizophrènes au

sein du service. L'évaluation de la motivation grâce à un questionnaire montre que la motivation tient bon au cours de la première semaine, puis chute entre J7 et J15. Lors de la deuxième semaine la motivation disparaît, ce qui explique les résultats.

Sur le choix des traitements : arrivent en tête les comprimés nicotiques, proposés à tous les patients, puis les patchs, également proposés à tous les patients, et enfin l'objet de notre étude : l'inhalateur nicotique, qui n'a pas tenu ses promesses. Seul 20 % des patients l'ont choisi et puis il a été abandonné secondairement. L'inhalateur est un objet complexe à utiliser pour cette population schizophrène hospitalisée en crise. Certains patients ont eu des difficultés à gérer les changements de cartouches ou tout simplement à penser à l'utiliser. Ce qui explique que ce substitut n'ait pas rencontré son public au sein de ces services. Nous avons également constaté qu'il n'y a pas de liens entre les consommations de tabac et les symptômes d'anxiété et de dépression. Cela veut dire que lorsqu'il y a eu des modifications de la consommation on n'a pas vu flamber les signes de schizophrénie ou de dépression envahir les services.

Quelques mots également sur les interactions entre le tabac et les neuroleptiques. D'une part les neuroleptiques classiques qui ont une action pure majorent le tabagisme. Les neuroleptiques de seconde génération, type antipsychotiques atypiques, permettent une diminution de la

consommation de tabac. Les effets sont clairement opposés, et il faut le prendre en compte par rapport à l'efficacité des traitements sur les patients schizophrènes et la prise en compte des effets sur la consommation de tabac. Un changement de traitement peut être bénéfique simplement pour leur consommation tabagique. L'équilibrage posologique du patient doit être ajusté en fonction de sa consommation de tabac.

Ce qui paraît important c'est l'intégration de la question tabagique au sein des services hospitaliers prenant en charge des patients schizophrènes. D'abord par une sensibilisation des prescripteurs, ensuite la prescription d'un traitement optimal, l'association d'un traitement oral et transcutané est plus efficace, et l'information sur les modalités d'utilisation des substituts. Cette sensibilisation passe par des infirmiers relais, infirmiers d'équipe de liaisons et puis l'animation d'ateliers info-tabac ou des ateliers motivationnels, ce qui paraît particulièrement adapté aux patients schizophrènes. Enfin, la délivrance gratuite des substituts nicotiques. C'est quelque chose pour laquelle il faut continuer de militer. Pour le moment 50 euros sont remboursés par an pour ces traitements de substitution. Ce n'est pas suffisant pour permettre aux patients de suivre ce traitement à moyen ou long terme.

Pour conclure je reprends ce que j'ai dit. Les personnes qui souffrent de schizophrénie sont particulièrement exposées au tabac, et elles sont

plus difficiles à motiver. La motivation est dure à maintenir, mais ce sont des personnes demandeuses d'aide. Un patient sur 2 a souhaité de l'aide dans le service et le fait de commencer par une diminution de la consommation plutôt que l'arrêt permet d'amorcer un travail. Il faut abandonner les objectifs d'arrêt total. Dernier point : la médication doit être intégrative. C'est-à-dire que les substituts et les médicaments doivent être prescrits de concert.

Jean-Yves Breurec : Merci pour cet exposé. Je retiens que l'on sort de la loi du tout ou rien et qu'on part vers la réduction des consommations, y compris sur ces populations. La deuxième chose est l'intérêt d'avoir testé sur cette population l'inhalateur. Il est intéressant que les pharmacies hospitalières puissent disposer de l'ensemble de la gamme des substituts nicotiques. Il y a un intérêt de montrer les

corrélations entre les neuroleptiques et la consommation du tabac. Ce n'est pas anodin. On peut apporter une aide à travers cette réflexion-là. Malheureusement dans une notion de bénéfice-risque ce n'est pas toujours pris en compte.

Question de la salle : Deux remarques : la nécessaire prise en charge des traitements pour ces patients qui ont besoin de hautes doses et pendant longtemps. Cela leur revient très cher. Les patients qui sortent de services d'addictologie et qui ont soit diminué, soit arrêté leur consommation de tabac souvent reprennent la consommation en ambulatoire car tout le reste est pris en charge, mais pas leurs substituts. De même dans d'autres services où les traitements ne sont pas fournis et où les patients reprennent le tabac.

CONCLUSION

Nathalie Joannard - *Médecin-inspecteur de santé publique, bureau des pratiques addictives, Direction Générale de la Santé*

Aujourd'hui est une occasion pour moi de dire tout l'intérêt, toute l'importance que la DGS attache à ces journées du RESPADD, qui est un partenaire dynamique et important pour nous. Je trouve qu'on a eu un beau panorama avec une mise en perspective historique qui est intéressante. Cela nous permet de prendre du recul avec ce que l'on essaie de faire. Ensuite, le saut vers l'avenir et la génétique avec les questions que cela peut poser en terme éthique et enfin toutes les présentations de l'après-midi qui ont bien montré l'importance et le poids des pathologies addictives et psychiatriques, les enjeux que cela pose en termes de santé publique. Avec des démonstrations intéressantes de la complexité de l'association des troubles addictifs, du diagnostic, de la prise en charge, de l'intérêt pour les professionnels de la psychiatrie

et de l'addictologie pour travailler ensemble au mieux et développer les complémentarités entre les équipes, les professionnels mais aussi au sein des territoires avec une place centrale des agences régionales de santé. Des enjeux importants en termes de prévention, de repérage précoce, des enjeux bien repérés dans les présentations. Il y a encore beaucoup de choses à faire, aussi au niveau des institutions. La prise en charge par exemple des substituts nicotiniques est un atelier en mouvement. Simplement pour conclure, le point de convergence entre psychiatrie et addictologie, c'est l'importance accordée à la personne dans sa globalité et son individualité, son environnement et l'attachement à valoriser les compétences de la personne pour lui permettre de s'inscrire dans un projet de soin et de vie.

Anne Borgne

Merci beaucoup Nathalie Joannard. Un dernier mot.. On a eu une journée riche, très plaisante. Merci à Xavier Guillery et Jean-Yves Breurec qui ont participé à l'élaboration de ce programme. Nous avons eu une journée extrêmement intéressante. Merci à tous ceux qui ont participé. Merci aux salariés du RESPADD et à son directeur Nicolas Bonnet.

On va préparer les prochaines rencontres. A bientôt.