

# JOURNEE REGIONALE PTSM : ADDICTION ET PSYCHIATRIE Dr. Y. GUILLERMAIN Psychiatre Addictologue.

CJC ESPACE PUGET BIS CH Edouard Toulouse Marseille

« *Je suis toxico...mais pas fou* » 15 Juin 2021

- Addiction et troubles psychiatriques : une histoire mouvementée... ambiguë mais ancienne (Moreau de Tours, 1845 *Du haschisch et de l'aliénation mentale*).
- Comobordités, pathologies duelles...
- Fréquences des troubles psychiatriques associés aux addictions.
- Embarras des soignants, complexité de la prise en charge. Des maladies pas comme les autres.
- Réappropriation médicale et psychiatrique des addictions par le concept d'addiction. Pluridisciplinarité, convocation des savoirs mais risque de privilégier un abord technique au détriment du sujet en souffrance.
- Nécessaire coordination entre la psychiatrie et les dispositifs d'addictologie afin d'améliorer la prise en charge et le parcours de soin de ces patients difficiles à aborder.

# PAROLES DE SOIGNANTS DU MILIEU PSYCHIATRIQUE

- « On ne sait plus ce qu'on fait avec eux..les toxicos nous mettent à mal »
- « les médecins sont démunis »
- « On entretient sa toxicomanie »
- « On les remplit...Il a sa croquette...On donne mais pourquoi ? »
- « On ne met pas de limites...Il fait ce qu'il veut dans le service...Les drogues le rendent fou... »
- « Le package schizo 50 ans et toxico... »
- « On les rejette, certains disent oui à tout...d'autres pas »
- « Conflits d'équipe cadre soignant. On se sent impuissant ça change jamais ».
- « on n'est pas un hôtel, de toute manière il fait ce qu'il veut, le médecin ne lui dit rien sous prétexte qu'il est schizo.... »

# LES ENJEUX D'UNE RENCONTRE SOIGNANT PATIENT «ADDICT»

- Des points communs quelque soit la pathologie.
- Inconfort de la rencontre : demande tout et rien...tumulte et urgence vitale ! Sentiment d'inauthenticité. Tendance à l'agir, peu d'élaboration.
- La demande du toxicomane, alchimiste : confondre l'objet du besoin, du désir et de la demande...Attente impérieuse et dévorante.
- Demande d'objet : inessentielle. Attente de satisfactions immédiates. Modalités de réponse à cette demande engagent la relation thérapeutique. +++ décalage nécessaire face à ce brouillage...
- Urgence de la rencontre marquée par l'absence de mots, besoin vital. Le langage est porteur de perte de jouissance, de manque...
- Soigner les addictions ? Accueil, soin, gestion, maintenance ou contrôle social à visée normative ?
- Prêt-à-porter identitaire : « *je suis toxicomane* ».... « Ah bon qui vous l'a dit ? » (Hugo Freda)

# TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ADDICTION

- Points d'ancrage entre pathologie psychiatrique et addiction : une vieille histoire d'amour...Comorbidités. Addiction transnosographique.
- Addiction perçue par les soignants comme une variable parasite, comme un trouble psycho social, différent d'une vraie pathologie mentale telle que schizophrénie et trouble bipolaire.
- Patients «addict» peu demandeurs de soins psychiques ou psychiatriques.
- Patients difficiles à accueillir en milieu psychiatrique.
- Problème de santé publique : mortalité prématurée : cancers, pathologies somatiques, cardio vasculaires, virales.
- Retard au diagnostic, résistance du trouble addictif...
- Patients psy/ addicts : double stigmatisation.

# PATHOLOGIES DUELLES : QUELS ENJEUX ?

- Problème de santé publique : 1<sup>ère</sup> cause de handicap dans le monde 28,5%. Une crête entre 20 et 25 ans.
- Comorbidités : pas une simple superposition de deux pathologies dues au hasard.
- Interactions importantes bi directionnelles, interactions mutuellement péjoratives, corrélations fortes. Processus morbide avec synergie négative.
- Comment l'addiction surgit chez l'individu, s'articule, se complète et parfois s'estompe ?

# COMORBIDITES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET ADDICTIONS

- Plusieurs aspects :
- Troubles psychiatriques induits : Pharmacopsychoses : états confusionnels, bouffée délirante, les effets « parano ». Transitoire, régresse 5 à 6 semaines après l'arrêt de l'intoxication.
- Notion de vulnérabilité psychique : *ne fait pas une bouffée délirante qui veut..*sous toxique. Prodromes de la schizo ?
- Coexistence d'une pathologie psychiatrique associée à une addiction sans repérage d'un ordre séquentiel précis.
- Modifications de l'expression symptomatique, du fonctionnement de la structure psychique par l'addiction.
- Pathologie psychiatrique précédant l'addiction. Addiction en tant qu'autothérapie...tentative par le sujet de soigner son trouble psychique par le biais de conduites addictives. Repérer les points d'ancrage.

# DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES I

- Fréquence des troubles psychiatriques dans les addictions : prévalence de l'ordre de 50%.
- Troubles anxieux de 25 à 45 %. Troubles dépressifs 25 à 47%, troubles de la personnalité 45% (état limite, personnalité antisociale), troubles psychotiques 8% troubles bipolaires 4%
- Existe-t-il des troubles addictifs purs ?



# DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES II

- Fréquence des addictions dans les troubles psychiatriques : prévalence de l'ordre de 30%
- Troubles bipolaires 41% éthyliisme. Alcool+cannabis 25% des patient schizophrène ; la plupart des patients schizo. ont une dépendance au tabac, première cause de mortalité. Addiction 5 fois + élevée chez le schizophrène : liens complexes : recherche d'euphorie, moyen de socialisation, lutte contre l'ennui, sentiment d'appartenance à un groupe...
- La manie multiplie par 6 le risque d'éthyliisme.
- Dépression et alcool.
- Troubles anxieux : 25% addiction.
- Phobie sociale : alcoolisme 100%.
- Etat limite : 45,3%



# LES CONSEQUENCES

- Parcours de soin plus chaotique en cas de comorbidité, risque de passage à l'acte plus élevé : suicide, hétéro agressivité, désorganisation du comportement.
- Diminution de l'effet des anti psychotiques, des anti dépresseurs. Hospitalisations plus fréquentes.
- Observance moins bonne. Rechutes plus fréquentes..
- Nécessité de penser, d'inventer des prise en charge combinées (parallèles), séquentielles ou intégrées (même équipe). Favoriser les coopérations par le PTSM.

# COMMENT ON FAIT ?



At the Impatient Pharmacy

# COMMENT ON FAIT ?

- Brouillage de la pensée par les consommations de toxiques.
- Par où commencer ? Améliorer le repérage et la prise en charge des addictions en milieu psychiatrique. Améliorer la prise en charge psychiatrique en CSAPA, faiblement équipé en psychiatres.
  - Retour à la clinique
- Comment aborder les problématiques de consommations ?
- Prise de conscience des effets négatifs de la consommation.
- Dénier fréquent. Place du soignant, dialogue soignant/soigné
- Quelle place tient l'addiction dans le fonctionnement psychique du sujet ? Suppléance identitaire (psychose), économie psychique...réanimation chimique du psychique.

# Dispositifs de soins / réseaux

- Notion de chaîne thérapeutique. Méconnaissance des dispositifs de part et d'autre.
- Addictologie : versant sanitaire, médico-social CSAPA, réseau de médecins généralistes.
- DICCAD13. Guide Troubles psy et addiction (Fédération Addictologie).
- Les E.L.S.A. Les interventions aux urgences, en hôpital psychiatrique. L'U.H.A. : dispositif original de prise en charge addictologique pour des patients psychiatriques suivis en CMP ou hospitalisés sur le CHET. Soutien des soignants.
- Les dispositifs bas seuil : bus méthadone, salles de shoot... Médecins du Monde, CAARUD (centre accueil accompagnement réduction des risques usagers de drogues).
- Les groupes d'auto-support : ASUD.
- La Politique de réduction des risques. Volet préventif. : tendance à intégrer la R.D.R. à l'hôpital psychiatrique : pas évident...

# DES PARCOURS DE SOINS SOUS TENSION

- Alternance entre un parcours hospitalo-centré et un parcours ambulatoire.
- Découpage du patient entre pathologie psychiatrique, addictologique et somatique.
- Dans deux tiers des cas la porte d'entrée dans le soin est la voie de l'addictologie (étendard identitaire, toxicomane mais pas fou...).
- CSAPA saturés : délais de pris en charge, « dérive de la spécialisation : *« il n'est pas pour nous »*.... Les incasables...le patient héboïdophrène toxicomane....
- Le patient évolue souvent vers un nomadisme sanitaire...

# UNE PRATIQUE CLINIQUE : INTERET DES TRAITEMENTS OPIACES

- Prescrire ou gérer ?
- Prescription en tant qu'acte de parole psychothérapique. Prescrire du manque.... Cadre de prescription
- Intérêt des substituts aux opiacés : inscrire la rencontre clinique dans la durée...pour aborder la problématique psychiatrique sous jacente. Le traitement de substitution permet cette prise en charge intégrée pour des patients s'affichant « toxico » alors qu'il existe une pathologie psychiatrique sous jacente. Desserrer l'étau de l'addiction...
- Accompagnement des médecins généralistes.



## ADOLESCENCE ET ADDICTION ESPACE PUGET BIS (CJC) : Une nouvelle porte d'entrée pour les soins psychiques des 15/25 ans ?

- La plupart des addictions débutent à l'adolescence : remplacer une dépendance par une autre, grandir sans grandir, mise entre parenthèses du pubertaire. Adolescence interminable. La plupart des pathologies psychiatriques débutent aussi à cette période.
- Se sentir pour exister, sensations par excitation permanente. Protection contre les émotions. Ne plus penser...S'exploser la tête. Conduites à risques plutôt qu'addiction...Instantanéité. Problématiques de l'agir prédominantes.
- Troubles psy débutant : psychose débutante masquée par des addictions, dépression masquée, crainte d'effondrement, pulsion d'inexistence, sujet en panne...
- COVID 19 : augmentation de la souffrance psychique des jeunes, pertes de repères, augmentation des conduites addictives : cyber addiction, alcool, cannabis, opiacés antalgiques.



# ACCUEIL EN C.J.C.

- Eviter de fermer la rencontre, entrouvrir des portes : se décaler d'un abord trop direct des conduites à risque pour leur donner sens grâce à la relation clinique. Ne pas se saisir trop massivement de ce qui est donné à voir, se décaler.
- L'adolescent est porteur de paradoxe : spécificités de la rencontre clinique : se laisser surprendre, pas de posture explicative...Pas de délai pour le recevoir.
- Repérer les nouages entre troubles psy et conduites addictives. Approche intégrative la plus pertinente.
- C.J.C. Offre de soins originale pour l'adulte jeune en souffrance psychique.

# CONCLUSION

- Mais on ne sait toujours pas....
- Penser le soin avec le patient : tout soignant a des capacités soignantes face à des patients «addict». Oser le risque et l'inconfort de la rencontre clinique. Inventer le soin à chaque rencontre.
- Accueillir le patient, privilégier les prises en charges intégrées.
- Décloisonner : favoriser les partenariats psychiatrie/ CSAPA.
- Effort sur la formation : aide au repérage des conduites addictives, formation auprès des équipes de soin en psychiatrie.
- Se méfier d'une posture d'expert, se méfier d'un discours technique en miroir de celui du patient dépendant, figeant la rencontre.
- Ratages, décalages et manque font partie de la vie...même si la technique règne actuellement.