



Conférence - Débat
"LES COMPORTEMENTS ADDICTIFS"

Mercredi 15 décembre 2010

Alain Payen (Psychiatre Air France)

Conclusions

M. PAYEN.- Je souhaite remercier Philippe Cadorel de m'avoir invité à faire les conclusions de cet après-midi, et tous les intervenants pour leur présentation et la qualité de leur contribution ainsi que les participants pour leurs questions très intéressantes. Nous sommes toujours obligés de raccourcir un peu le temps du débat, malheureusement, mais ce sujet fera l'objet, je pense, d'autres colloques. Je vous rappelle, à cet effet, l'existence de différents groupes de travail auxquels vous êtes cordialement conviés.

Michel Lejoyeux, qui est un ami en compagnie duquel j'ai fait mon internat de psychiatrie, est aussi, outre ses titres de Professeur agrégé, de Chef du service de psychiatrie de l'hôpital Bichat, de spécialiste reconnu des troubles de l'addiction et toutes autres ses qualités, notre psychiatre correspondant de la Compagnie Air France. Je le porte à votre connaissance et je le remercie publiquement pour sa disponibilité et son aide.. Les derniers patients que je lui ai adressés ont été pris dans les 48 heures.

Avec son enthousiasme habituel et son expertise, il nous a fait un panorama des conduites addictives, certes un peu rapide, mais il était pris par le temps, en insistant sur la notion de dépendance, en balayant un certain nombre d'idées reçues comme "malade un jour, malade toujours", toutes ces idées dont il faut se départir. Il a bien posé la problématique de la dépendance et de sa définition actuelle, avec quelques références littéraires tout à fait pertinentes. Nous allons donc relire **Mme de Staël** avec passion !

Il a bien posé la problématique du comportement normal et du comportement pathologique. J'ai bien aimé sa définition de l'imprévisible "quand on est imprévisible, on va bien". Je trouve que cela ouvre beaucoup de réflexions très intéressantes et permet de bien poser la question.

Il a beaucoup insisté sur le **déni**. Je parlerai de dénégation plutôt que de déni. C'est une nuance sémantique peut-être peu évidente à saisir, mais quand même, nous ne sommes pas dans le refus total. Nous sommes dans la dénégation, c'est-à-dire une non-prise en compte suffisante de la gravité de la consommation et de ses conséquences. Au fond, le patient sait bien qu'il a un problème. Il le ressent, il le sait. Il n'a peut-être pas encore la possibilité de s'autoriser à accepter le soin. On est plutôt dans une problématique de dénégation que de déni qui serait un refus strict "je ne veux rien en savoir ni en entendre"...

Quelqu'un évoquait la difficulté de discerner la qualité de la démarche et de la demande de soins. Maintenant, c'est aussi au thérapeute de savoir susciter la demande et de la développer, de savoir amener son patient à accepter un soin ou une hospitalisation. Alcoologue moi-même, je me suis occupé de ces patients pendant une vingtaine d'années à l'hôpital. On voit bien tout le travail d'amont que cela demande et combien il est important que chacun tienne sa place.

M. Soldini l'a exprimé de façon très pertinente tout à l'heure. Chacun doit tenir sa place : le patient dans le « bien dire » et le thérapeute dans le soin.

Dans le déni des conséquences, Michel a bien insisté sur les signes de sévérité, sur l'importance du psychologique par rapport aux signes physiques. On reviendra tout à l'heure, **Madame David**, sur le « psychologique », parce que je voudrai apporter une nuance à votre intervention.

Je trouve, au total, que cette première intervention a permis d'installer la question d'une façon très pertinente.

Michel a fait un petit panorama du jeu pathologique. C'est une conduite que l'on voit de plus en plus se développer, notamment chez les jeunes, avec le jeu en ligne. Le poker en ligne est vraiment une problématique très importante d'addiction et de risque, parce qu'on ne voit pas l'argent qui est misé. C'est du virtuel. On est dans un monde virtuel et les adolescents sont de

plus en plus dans ce virtuel avec les jeux de rôles... La majorité des adolescents ne présentera pas de conséquences ou de difficultés, mais ceux ayant des traits de vulnérabilité ou de fragilité, renforcés à cet âge de la vie, auront des conséquences beaucoup plus importantes. Le jeu pathologique est un de ces risques, facilité par l'accès à Internet.

Je suis assez d'accord avec Michel sur l'addiction sexuelle, mais nous n'avons pas le temps de développer plus avant.

Ruth, vous avez présenté avec beaucoup de précision le rôle de la **MILDT**. C'est encore un acronyme. Ici, à Air France, nous sommes habitués avec les sigles et les acronymes dont on ne perçoit pas toujours le sens, d'ailleurs. Seuls quelques initiés pourraient nous le préciser...

L'intérêt de votre présentation n'a échappé à personne avec ces grandes orientations gouvernementales, ces plans de santé qui ne sont pas uniquement des « plans papiers » qui restent méconnus ou sur une étagère, mais qui ont une pertinence pour une action sur le terrain. On voit bien le rôle de la MILDT dans l'interface entre les instances gouvernementales et les grandes orientations qu'elles comptent donner à la politique de santé, ainsi que le travail sur le terrain avec des populations cibles un peu précarisées sur lesquelles vous avez insisté (les familles monoparentales, notamment les femmes qui élèvent seules leurs enfants). On sait bien que là, il n'y a pas qu'un risque au niveau de l'addiction. C'est un mode de vie assez fréquent qui entraîne un certain nombre de difficultés et de conséquences, notamment pour l'accès aux soins. 30 %, avez-vous dit, c'est un chiffre très important !

Le cannabis chez les jeunes : la première consommation commence dès 12 ou 13 ans, parfois moins. Des consommations croisées avec l'alcool, très rapidement, soit pour en potentialiser les effets, soit pour en contrer les effets secondaires, comme vous le savez.

Et la problématique de la cocaïne.

J'aurais aimé que l'on parle davantage des drogues de synthèse, mais faute de temps, malheureusement nous n'avons pu le faire. Vu leur facilité de production, notamment dans certains pays de l'Est actuellement, elles arrivent sur le marché à des prix tout à fait compétitifs. Elles présentent un risque majeur en termes de dépendance psychologique et de troubles comportementaux, en particulier sur le fonctionnement psychique et les atteintes neuronales directes.

Michel Massacret, vous avez complété ce que **Ruth Gozlan** avait introduit, en faisant un état des lieux très précis sur l'existence de ce qui était en cours, avec des projets tout à fait intéressants. Les rapports que vous nous avez cités le montrent bien.

Ce qui m'a paru très marquant, dans le monde du travail, c'est d'avoir des repères juridiques par rapport, notamment, aux toxiques illicites. On en manque actuellement. Comme la nature a horreur du vide, le monde juridique est un peu comme dans les autres domaines qui concernent les risques psychosociaux, c'est-à-dire que la jurisprudence se cherche et aboutit à des décisions qui peuvent poser question. On comprend bien l'intérêt qu'il y ait à réglementer. Je ne suis pas pour instituer des règlements partout, mais je crois que c'est important afin que les différents intervenants impliqués, les préventeurs, les médecins du travail notamment, aient des repères juridiques afin de développer une action dans ce domaine, qui reste encore très difficile et embryonnaire.

Au-delà de ces aspects réglementaires et juridiques, on voit bien comment chacun peut se positionner davantage dans un rôle essentiel de soignant.

Au fond, reconnaître le problème des addictions dans le milieu professionnel, dire que cela existe, est une avancée tout à fait importante.

Mr **Soldini** l'a très bien évoqué tout à l'heure. Si l'on peut en parler, ce n'est pas uniquement pour en faire un constat factuel, mais parce que derrière, il y a une offre de soins, de conseil, d'orientation. Qu'elle soit réalisée en interne ou en externe importe peu, c'est au choix de chacun.

Evidemment, nous avons besoin de données épidémiologiques précises, et tous les travaux de l'OFDT et de l'UNPS, dans le domaine plus général des risques psychosociaux et des conduites suicidaires, sont importants pour pouvoir développer des actions de prévention et de soins.

Patrick Guillard, enquêteur à l'OCTRIS, a tracé d'une façon très précise et très intéressante la situation géopolitique du trafic et de ses vecteurs au niveau international. On voit bien que c'est une problématique mondiale et que la mondialisation, là aussi, est « passée par là », si vous me permettez l'expression. Avec évidemment des flux de produits qui arrivent en France dont la situation géographique, au cœur de l'Europe et avec une façade maritime très développée, offre une porte d'entrée importante. Vous nous avez bien expliqué la triangulation du trafic au niveau des produits et au niveau financier, avec les risques de déstabilisation sociale et culturelle, pour les pays africains en particulier. On voit bien comment au Sénégal ou dans les pays d'Afrique de l'Ouest, être un pays de passage des produits implique aussi une consommation sur place, avec tous les risques de criminalité induite et de déstabilisation sociale et d'économie souterraine.

On saisit combien cette problématique est importante et au fond, dans ces différents aspects, les addictions ne sont pas uniquement un problème de santé et de soins mais aussi un problème de lutte contre les divers trafics.

Hélène David, je vous remercie pour votre communication. Vous intervenez en entreprise et vous présentez la problématique de l'accès aux soins. Vous insistez beaucoup sur les aspects neurobiologiques pour expliquer le phénomène de dépendance, avec le circuit de la récompense, la dopamine ...

Néanmoins, je ne vous rejoindrai pas tout à fait sur l'exclusion un peu rapide, me semble-t-il, du « psychologique ».

Mme DAVID.- Il s'agit d'actions de prévention de groupe et dans ces actions précises, il ne s'agit pas de clinique ni de thérapies, bien sûr.

M. PAYEN.- J'ai bien compris. Néanmoins, je crois que l'on peut aborder cette question. Il ne faut pas être dans la « dénégation » et vouloir seulement expliquer les troubles à l'aide d'un modèle physiologique, en excluant peut-être trop rapidement le côté psychologique. L'addiction est aussi un symptôme. C'est le symptôme d'une souffrance, d'un dysfonctionnement de quelque chose qui, pour un sujet, est encore une fois une souffrance. Donc, évidemment les conséquences, la consommation elle-même, le fait d'avoir recours à ce type de trouble de conduite, interpellent le côté psychique et psychologique.

Mme DAVID.- En trois heures de temps, dans un groupe, c'est compliqué d'aborder le fond du problème

M. PAYEN.- On ne va pas aborder des interprétations psychopathologiques, mais je crois quand même que vous ne pouvez pas exclure un trouble de la conduite et du comportement, d'un fonctionnement psychologique. On est obligé de l'aborder. Dans le soin, on voit bien comment le symptôme « addiction, alcool, toxiques illicites... » vient questionner et faire écho avec l'histoire individuelle de chacun.

Mme DAVID.- Bien sûr.

M. PAYEN.- Nous sommes bien d'accord là-dessus. Sans parler de thérapie analytique mais de thérapie compréhensive, l'abord par le sens de ce que cela représente pour le sujet : Qu'est-ce que je peux comprendre de ce qui m'arrive ? Qu'est-ce qui fait que j'ai eu recours à ce type de conduite ? On va réinterroger l'histoire singulière de chacun. On va faire du cas par cas, du « sur-mesure ». Là, vous étiez dans des problématiques de groupe, je comprends, mais on peut quand même dire qu'il y a aussi à prendre en compte cet aspect individuel. On ne peut pas les dissocier, les deux sont évidemment liés.

Je l'ai déjà dit, cela appartient aussi au thérapeute de savoir susciter la demande chez un patient qui est un peu hésitant.

Monsieur **Soldini**, pour aller vite parce que j'ai déjà dépassé mon temps de parole, je vous remercie du témoignage très intéressant de votre histoire personnelle et de ce que cela a induit comme action, comme insertion, puisque vous présidez aujourd'hui cette association qui fait un travail tout à fait important pour les patients en difficulté avec l'alcool et maintenant avec les toxiques illicites.

Là encore, cela illustre le travail en réseau à faire, en interne et externe. Nous sommes tous un maillon de cette chaîne de soins : les assistantes sociales, les médecins du travail qui ont une place essentielle, vous-même, les préventeurs, les collègues, les managers. C'est vraiment l'affaire de tous, pour qu'on en arrive à aider un sujet en difficulté, à pouvoir l'orienter, le conseiller efficacement.

Vous vous êtes expliqué sur votre expérience du sevrage hospitalier. On fait quand même beaucoup de sevrages en ambulatoire comme vous le savez, et je suis un peu moins pessimiste que vous sur la qualité de ce sevrage. Mais cela demande là aussi, de bien poser le cadre du soin, et on ne le fait pas sans une bonne connaissance de la vie du sujet, de son environnement familial, social et professionnel.

On ne va pas systématiquement faire un sevrage ambulatoire sans s'assurer d'un certain nombre de repères pour le sujet et d'une qualité de suivi. On va le voir en consultation au moins une fois par semaine, très régulièrement, et la première semaine, on va le voir au moins deux fois. Il est vrai qu'il y a un "confort" supplémentaire, comparé au sevrage hospitalier. Faut-il encore avoir les bons relais.

Pour terminer, le compagnonnage que vous évoquiez est très important : pouvoir transmettre quelque chose et pas uniquement les mauvaises habitudes ou les habitudes anciennes du "tu paies ton coup" chaque fois qu'il y a une bonne nouvelle.

On peut instaurer de nouveaux comportements, partager, échanger, en tout cas que chacun reste attentif à l'autre en réintroduisant –je terminerai par ce propos– un peu d'attention à l'autre. C'est ainsi que nous progresserons et que nous continuerons à « mieux vivre » ensemble.

Il reste encore beaucoup de travail, mais nous allons essayer de le faire, les uns avec les autres.

Merci de votre attention.