



Psychiatrie et addictologie : pas l'une sans l'autre

Un entretien avec Jean Harbonnier*

Propos recueillis par Florence Arnold-Richez

Jean Harbonnier, "le lillois", n'a pas encore dépassé le cap de la "sexagénie"... Depuis plus de 30 ans, il semble surfer, avec élégance et délicatesse, sur les rouleaux qui soulèvent la surface de la "mer" de l'addictologie et de la psychiatrie. Fluctuat nec mergitur... mais qu'on ne s'y trompe pas, il n'est pas pour autant de ceux qui traversent les vagues derrière les creux, en tirant "sa planche" du jeu... Il a plongé et replongé, à maintes reprises, pour faire bénéficier le champ de la psychiatrie et de l'addictologie, de la "bonne pêche" de ses réflexions et de celles de ses confrères, sur la prise en charge optimale des toxicomanes, la connaissance de l'incidence de l'hépatite C dans le Nord, le suivi des usagers de drogues... Président de l'Association des services publics de soins en addictologie (ASPSA) de 2003 à 2006, puis vice-président de 2006 à 2011, il a toujours "bataillé", avec conviction, pour que les dispositifs publics donnent le meilleur d'eux-mêmes et bénéficient, pour cela, de moyens suffisants. De 2007 à aujourd'hui, il a participé activement à la mise en œuvre du plan gouvernemental en addictologie et à la commission régionale d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais, sans jamais

emboucher les trompettes de la communication pour le faire savoir. D'ailleurs, elles ne sont pas les instruments de musique préférés de Jean, car, vrai musicien, qui a vécu dans une famille nombreuse qui compte aussi une pianiste et une violoncelliste, il est un "hautboïste" de grand niveau, affectionnant le baroque... Membre du conseil d'administration du Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière, le COPAAH, créé le 4 avril 2008 par la Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie, il en a été, en 2008, l'animateur du groupe de travail "psychiatrie et addictologie". De 2008 à 2010, il s'est attaché à la transformation de l'intersecteur d'addictologie en établissement "de niveau 2" et du Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) Boris Vian en Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Aujourd'hui, il affirme toujours son attachement à l'ouverture des pratiques professionnelles sur la diversité des approches, en dépit des idéologies. Et confesse une gentille addiction... au golf. "Mais, on n'a pas encore de médicament pour la traiter...", ajoute-t-il avec espièglerie...

DES BOIS CANADIENS À LA SUBSTITUTION À LILLE

Le Courrier des addictions :

Quel a été votre parcours ?

Jean Harbonnier : J'ai fait mes études à Lille dans les années 1970-1980. J'ai choisi comme thème de thèse de médecine générale le "Body art ou manifeste du corps", c'est-à-dire le corps peint, mutilé, tatoué, "piercé...", que j'ai soutenue en 1982. Le thème de mon mémoire pour le CES de psychiatrie, que j'ai présenté en 1984, était "La psychose chez les enfants de migrants". En 1985, j'ai passé le concours d'assistantat des hôpitaux psychiatriques, avant d'être intégré en tant que praticien hospitalier temps plein. Or, j'avais pour "maîtres", deux personnalités de la psychiatrie, très brillantes, et toutes les deux expertes dans le domaine des addictions, toxicomanie et alcoolologie : les Prs Parquet et Fontan. C'est dire qu'en psychiatrie, nous étions tous bien

formés sur ces sujets, d'où mon orientation. Malgré tout, pendant 8 ans, de 1985 à 1993, j'ai fait de la psychiatrie générale, comme praticien hospitalier responsable de la clinique de la Chataigneraie au centre Ulysse-Trélat, dans le secteur de Lille-Nord. C'est dans ce cadre que j'ai créé, en 1986, une structure d'appartements thérapeutiques. À ce moment-là, il n'existait aucun dispositif de soins pour les toxicos. Seulement des structures éducatives, pour les "rééduquer", les "réhabiliter"... Je les recevais donc entre 1990 et 1993 dans mon service de psychiatrie, mais l'accueil n'était pas adapté à leurs problèmes spécifiques. J'étais bien convaincu, d'emblée, du fait que l'addiction était un problème de santé et non "de mœurs" (et sûrement pas de morale !). J'ai donc créé, en 1994, au centre Ulysse-Trelat, un intersecteur de toxicomanie, transformé par la suite en intersecteur d'addictologie à l'Établissement public de santé mentale (EPSMAL) du site Lommelet Saint-André de l'agglomération lilloise.

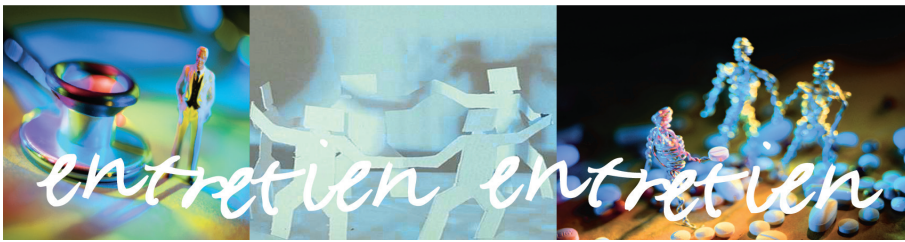
Je suis devenu alors chef de service, puis chef de pôle d'addictologie en 1996. Dans ces années-là, avant 1994, on traitait les toxicomanes (800 environ chaque année !) avec du Temgésic®, délivré sur carnet à souches – j'en avais une bonne pile que j'allais, comme "les copains" à l'époque, me procurer au siège de l'ordre des médecins – et on adressait certains de nos patients à nos collègues belges pour qu'ils leur prescrivent de la méthadone. Je dois dire que je m'étais détourné de la polémique franco-française qui opposait les farouches contempteurs de soi-disant "dealers en blouse blanche" (!) aux militants acharnés de la substitution, qui faisait rage ces années-là, et j'avais préféré aller "prendre mes sources" auprès d'Annie Mino et Jean-Jacques Deglon en Suisse. Très vite, heureusement, en 1996, nous avons pu ouvrir notre propre centre méthadone, dans un local mitoyen du CSST Boris-Vian. Pour démarrer, la DDASS nous avait accordé une autorisation de 30 "places" de méthadone, mais en fait nous en avons suivi 150, avec le financement prévu pour 30 (!). Mais nous

avons très rapidement institué le système d'induction chez nous et de relais, soit partiel soit complet, en médecine de ville : les patients peuvent ainsi être suivis "à Boris-Vian" et prennent leur méthadone chez le pharmacien d'officine. Bien entendu, la moitié de nos 650 patients (les 150 autres sont nos jeunes consommateurs de drogues) sont traités par la buprénorphine haut dosage (BHD), l'autre moitié par la méthadone, et nous envisageons de passer, dès que cela sera possible, à la Suboxone®. Nous avons d'ailleurs participé à l'étude prospective multicentrique qui compare la BHD à la Suboxone® sous la direction de Jean-Pierre Daulouède (1).

Le Courrier des addictions : Vous êtes plutôt de formation psychanalytique ou "psychiatrie américaine" ?

J.H. : Ni l'un ni l'autre ! Je n'aime m'enfermer ni dans une école de pensée ni dans une seule pratique, et j'ai toujours voulu profiter de la diversité des possibilités thérapeutiques. J'en ai découvert l'étendue lorsque j'ai dû aller "en coopération" pendant 1 an et demi – comme

* Psychiatre, Chef de Pôle Addictologique de l'Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise (Service de niveau 2)



REPÈRES

➤ **Le centre de soins spécialisés pour toxicomanes Boris-Vian** (EPSM agglomération lilloise, établissement public, 19 bis, avenue Kennedy, 59000 Lille. Tél. : 03 20 15 85 35. Fax : 03 28 38 51 56) prend en charge sur le plan médico-social des personnes toxicomanes avec hospitalisation possible et consultation cannabis. Le centre méthadone consulte sur rendez-vous du lundi au vendredi de 8 h 30 à 15 h 30 et sans rendez-vous du lundi au vendredi de 10 h à 18 h.

➤ **G&T 59/62** : 267, rue de Solférino, 59000 Lille.

E-mail : gt-nord@nordnet.fr – Tél. : 03 20 52 35 25.

➤ **CHRU de Lille, service d'addictologie** : 57, bd de Metz, 59037 Lille. Tél. : 03 20 44 59 46 ou 06 11 60 82 35. Tél. : 03 20 52 35 25.

➤ **Réseaux ville-hôpital**

– Réseau Lille-addictions. Coordinatrice : Mme Sabine Dubois.

Tél. : 03 20 44 41 78 ou 06 11 60 82 35.

– Réseau régional PASBA-Ville. Président : Dr Jean Vignau.

Marc Valleur ! – au Québec, à *Malartic*, un établissement psychiatrique public, au-dessus du Parc de la Véranderie, à 500 km au nord de Montréal. Je suis donc, comme lui, un rescapé des bois et forêt, des lacs et rivières ! En France, nous étions alors *"dans le tout-Lacan"*. Je suis de formation psychanalytique et j'ai moi-même fait une analyse. Je n'en renie rien l'apport, j'en garde même une capacité d'écoute et de compréhension fine de ce qui se passe entre les patients et moi. Toutefois, comme je devais m'occuper de psychotiques, elle ne m'était pas d'un grand secours, pas plus qu'elle ne l'est lorsqu'il faut prendre en charge des *"addicts"*, si ce n'est sur le plan de la réflexion personnelle, bien sûr. À Malartic, j'ai pu découvrir les nouvelles thérapies, bénéficiant d'une formation psychiatrique à la nord-américaine : les thérapies systémiques, les thérapies brèves que je découvrais avec l'école de Palo Alto m'enthousiasmaient beaucoup. En revanche, j'étais très critique à l'égard des traitements *"skinnériens"* de l'époque, même si maintenant nous pratiquons dans le service des thérapies de type cognitivo-comportementales (TCC), qui en ont, heureusement, largement abandonné les excès ! D'ailleurs, au Québec, je travaillais dans l'unité dite *"psychodynamique"* du premier étage et je n'intervenais absolument pas dans l'unité de type *"conditionnement opérant"* du rez-de-chaussée, géré par des psychologues, dont je

trouvais les pratiques à la limite de la maltraitance.

Le Courier des addictions : *Vous êtes chef de pôle "new style" d'un service de niveau II : c'est-à-dire ?*

J.H. : Les 3 niveaux sont définis dans le **Plan national addictologie 2007-2011**, à l'élaboration duquel j'ai pu participer activement. C'est dans le cadre de la prise en charge et de la prévention que figure le renforcement de l'articulation entre l'offre de soins en ville, les secteurs sanitaire et médico-social, auquel doit contribuer le schéma régional médico-social d'addictologie qui porte, au-delà des CSAPA, sur les coopérations nécessaires avec le dispositif hospitalier et la ville. Précisément : le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2008, ainsi que le **circulaire d'application du 16 mai 2007** ont défini l'organisation en 3 niveaux des structures de prise en charge des addictions dans les établissements de santé. Ces 3 niveaux impliquent notamment les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et les consultations d'addictologie.

Les consultations hospitalières en addictologie sont des structures de première ligne dans le suivi ambulatoire. Elles sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. Elles travaillent en partenariat avec un service d'hospitalisation capable de réaliser des sevrages simples.

Les ELSA ont été définies par la circulaire DGS/DHOS du 8 septembre 2000. Elles assurent des interventions spécifiques dans les services de l'établissement : actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès des professionnels de santé, prévention secondaire et tertiaire dans les services d'hospitalisation. Elles assurent également des actions en liaison avec les partenaires extra-hospitaliers.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 a fixé comme objectif qu'une prise en charge de niveau I soit disponible dans tous les établissements de santé dotés d'une structure d'urgence définie par le décret du 22 mai 2006.

Il a aussi fixé l'objectif de disposer d'une filière complète de prise en charge de niveau II pour 500 000 habitants dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé. Les besoins précis doivent être définis dans chaque région à partir d'un état des lieux et de la définition d'objectifs quantifiés.

Le *"niveau I"* de proximité est donc celui de la consultation d'addictologie, avec l'ELSA, lits dédiés à l'addictologie dans une unité d'hospitalisation référente non spécialisée en addictologie. Le *"niveau II"* de recours comprend aussi la consultation d'addictologie, l'équipe de liaison et de soins, mais également, pour mener des sevrages et soins résidentiels complexes, une hospitalisation possible et un hôpital de jour en addictologie. Enfin, les services de soins de suite et de réadaptation ayant développé une activité en addictologie relèvent du niveau II.

Quant au *"niveau III"* de référence, il dispose des mêmes composantes que le niveau II et dispense donc les mêmes *"prestations"* de soins, à ceci près qu'étant implantés au sein des CHU, ils sont également chargés de l'enseignement et de la recherche.

Le Courier des addictions : *À Lille, à quoi cela correspond-il ?*

J.H. : Nous étions au départ un intersecteur d'addictologie que nous avons transformé, il y a déjà 2 ans, en service de niveau II. En tant que tel, il comprend une consultation d'addictologie au centre

Boris-Vian, 10 lits d'hospitalisation et une ELSA. Nous allons ouvrir prochainement un hôpital de jour de 10 places. Nous avons aussi un CSAPA, le centre Boris-Vian, qui a un centre méthadone, une consultation et une consultation pour les jeunes, remarquablement placé, avenue Kennedy, à Lille, à mi-chemin entre le beffroi et la Grand-Place. Bien entendu, nous avons passé des conventions avec les 4 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD), bien répartis dans la ville : *Point de Repères* (près de la gare), *Spiritec*, *AIDE* (des 2 côtés de la rue de Béthune), *Ellipse* (près de l'hôpital Saint-Vincent).

COMPLÉMENTARITÉ ET BONNE ENTENTE

Le Courier des addictions : *Quel est "le paysage" spécifique des addictions dans la région Nord-Pas-de-Calais ?*

J.H. : À Lille, en particulier à Lille-Sud, Moulin, Wazemmes, circule encore beaucoup d'héroïne, mais nous avons assisté depuis plusieurs années à un afflux de cocaïne : les usagers de drogues qui sont un peu *"installés"*, la sniffent, les plus précarisés, plus *"anciens"* dans la toxicomanie, la *"basent"*. Il faut dire que, dans notre région, la drogue est particulièrement disponible, car il est très facile de franchir la frontière pour s'approvisionner aux Pays-Bas (Anvers, Rotterdam...). Nous sommes davantage confrontés à un petit trafic de *"fourmis"*, qui font l'aller-retour dans la journée qu'à des filières de gros trafiquants. Très disponibles aussi *"chez nous"*, le cannabis et les drogues de synthèse, *dealées* dans les boîtes belges de Mouscron, Courtrai et autres villes environnantes, là où le dispositif *Trend* va les acheter pour les analyser et *"faire le point"*. Autre problème *"addictologique"* pour lequel nous sommes souvent sollicités : le jeu, avec l'ouverture du casino Barrière à Euralille, dans la nouvelle cité emblématique des affaires. L'établissement a d'ailleurs embauché une psychologue avec laquelle nous travaillons. Enfin, en ce qui concerne le pro-



UN OBSERVATOIRE RÉGIONAL

La Fédération régionale Nord-Pas-de-Calais de recherche en santé mentale (F2RSM) et l'Observatoire régional de recherche en santé mentale

➤ **Objectifs :** disposer de données qui révèlent la réalité de l'état de la santé mentale dans la région. L'Observatoire régional de recherche en santé mentale en est l'une des 4 commissions de la Fédération.

➤ **Missions :** l'Observatoire est chargé de repérer, rassembler, analyser, confronter et synthétiser les données sur la santé mentale de la population, notamment sur les problèmes prioritaires touchant l'adulte et l'enfant. La mission générale est l'aide à la décision dans le domaine sanitaire et social ; fournir des informations utiles à l'élaboration de la politique régionale en matière de santé mentale (2).

➤ **Commandes publiques** (ARH, Drass, collectivités territoriales).

➤ **Membres :** Dr Christian Cyran (CH Lens), Dr Marc Debrock (EPSM agglomération lilloise), Dr Claudine Desobry (intersecteur Hénin-Beaumont), M. Claude Ethuin (Nord Mentalités), M. Olivier Lacoste (Observatoire régional de la santé), Dr Laurent Defromont (EPSM Lille Métropole), Dr Jean-Louis Goeb (CHRU Lille), **Dr Jean Harbonnier** (EPSM agglomération lilloise), Dr Christine Lajugie (EPSM Lille Métropole), Dr Jean Oureib (EPSM agglomération lilloise), Dr Bruno Pequignot (EPSM Val-de-Lys-Artois).

blème de l'alcool, toujours très prégnant dans notre région, nous avons la chance de pouvoir faire un vrai travail complémentaire du nôtre avec le service du CHU (**Prs Olivier Cottencin, Michel Goudemand...**). Par exemple, nous avons mené une étude de cohorte avec 500 patients usagers de drogues auxquels on a pu faire passer un fibroscan et un bilan alcool : 40% d'entre eux avaient un "AUDIT", questionnaire spécialisé en alcoologie, "perturbé". Lorsque nos patients doivent être traités pour ce problème, nous travaillons en bonne intelligence et complémentarité avec ce service et je peux affirmer qu'au lieu de se marcher sur les pieds comme on le voit trop souvent ailleurs, nous nous entendons.

Le Courrier des addictions : *L'une de vos spécificités est le travail que vous faites en réseau, depuis longtemps, avec tous les professionnels impliqués. Comment ce travail s'organise-t-il ?*

J.H. : C'est vrai que structures hospitalières et associatives travaillent dans la région en bonne entente, en partenariat, sans esprit de compétition. C'est si vrai, que l'association *Généralistes et Toxicomanie (G&T) 59/62*, déjà ancienne et expérimentée, puisqu'elle a été fondée en 1991 par les **Drs Christian Matton** et **Bertrand Riff** de Lille et **Gérard Sabbe** de Tourcoing, a fait en sorte que 6 médecins généralistes (dont 1 belge de "La Citadelle" à Tournai !) consultent dans le CSAPA et viennent une demi-journée dans le service. Tous les mois, entre 12 heures et 14 heures, l'association organise "une réunion-sandwichs", à laquelle je me rend scrupuleusement, pour aborder, présenter, anonymement bien sûr, les cas les plus difficiles. Je pense, par exemple, à cette patiente que je connais depuis longtemps, psychotique, suivie par un généraliste, et "retombée" dans la cocaïne. D'où son accident (elle s'est cassé la jambe) et, en plus, une flambée de délire due à la drogue ! Dans le service de niveau II, nous disposons d'une structure de sevrage. Va-t-on l'y hospitaliser ? Comment la débarrasser des dealers qui viennent chez elle préparer les "képas" ? Il nous faut aborder

en commun les aspects très personnels, psychiatriques, addictologiques, sociaux... Un généraliste ne peut le faire seul ! D'où l'intérêt de notre dispositif...

Les buts de *G&T 59/62* étaient, au départ, essentiellement de construire des actions de formation pour les médecins généralistes autour de la toxicomanie et de créer des conditions de rencontre entre les médecins et les autres intervenants en toxicomanie. Depuis, l'association s'est développée autour de l'idée que le médecin soignant doit tout faire pour aider au soin de son patient et ne jamais prescrire de médicaments utilisés pour la défonce, comme le Tranxène® 50 ou le Rohypnol®, et faire en sorte que le médecin généraliste ne reste jamais seul mais développe des partenariats selon les problèmes et besoins du patient (pharmaciens, infirmiers, équipes sociales, psychologiques, éducatives...). Aujourd'hui, cette association est un réseau qui regroupe environ 400 cabinets de médecins généralistes et autres professionnels, soit plus d'une centaine d'adhérents, médecins ou pharmaciens. Ils ont développé des partenariats avec les hôpitaux, Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), Centres médico-psychologiques (CMP), Centres communaux d'action sociale (CCAS)... Ces réunions d'intervision, lieux de rencontres, de formation et d'échange d'expériences professionnelles et de pratiques se déroulent dans nos pôles régionaux : le Cèdre Bleu, le centre Boris-Vian, Lille-Fives à Lille, Lomme/Lambresart, Faches Thumesnil, Roubaix, Villeneuve-d'Ascq, Mons/Helemmes, Maubeuge, Avesne, Fourmies, Cambrai, Le Cateau, Lens, Hénin-Beaumont, Calais, Dunkerque, Armentières, Valenciennes, Douai...

Outre un énorme travail de formation des professionnels, *G&T 59/62*, le service addictologique du CHRU de Lille et le réseau Lille Addictions ont développé, depuis 2004, un "protocole ambulatoire de sevrage en boissons alcoolisées", reposant sur un partenariat avec les professionnels libéraux de Lille et les communes avoisinantes (dont le **Pr Cottencin** est le responsable).

Je rappelle que dans le cadre du CHRU de Lille, existent également des consultations pour troubles

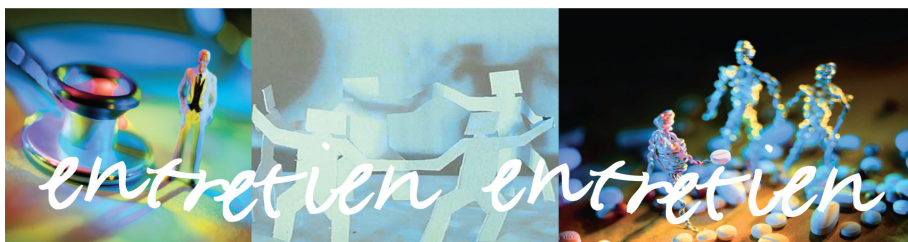
des conduites alimentaires (anorexie/boulimie), avec un programme ambulatoire de soins des troubles alimentaires (PASTA), "Addictions sans substances" (jeu pathologique, achats compulsifs, sexualité addictive, cyberdépendance, etc.), une antenne médicale de prévention du dopage, une unité de prise en charge des troubles de l'éveil et du sommeil, un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie plus orienté sur l'alcool en partenariat avec l'association Point alcool rencontres informations (PARI), une offre de soins spécifiques aux jeunes de moins de 25 ans, le *Programme junior*, qui permet aux jeunes de parler, de s'informer et, si nécessaire, de recevoir un traitement vis-à-vis de leurs conduites addictives (drogues, alcool, tabac, troubles des conduites alimentaires, etc.).

REMOTIVER LA PSYCHIATRIE

Le Courrier des addictions : *Vous avez voulu "remotiver" la psychiatrie et les psychiatres du secteur public à l'addictologie. C'était nécessaire ?*

J.H. : La psychiatrie avait bien pour mission, dans les années 1960, de prendre en charge la toxicoma-

nie, l'alcoologie, les troubles des conduites alimentaires qui allaient être rassemblés sous l'appellation actuelle d'addictologie. Malheureusement, ces prises en charge n'étaient pas bien compatibles avec l'organisation classique de la psychiatrie générale, dans sa logique de secteur qui prévalait sur tous les plans : celui du type de structures, de la formation des équipes, des principes de la sectorisation, des particularités psychopathologiques, des méthodes de soins... C'est pour ces raisons que des services et structures spécifiques ont vu le jour en psychiatrie dans les établissements spécialisés. C'est ainsi qu'ont été créés les intersecteurs T pour la toxicomanie et A pour l'alcoologie. De même, certains services de psychiatrie, plutôt universitaires, se sont spécialisés dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires. Ces services sont devenus soit des services de niveau II en addictologie, services de recours pour les prises en charge complexes, soit des CSAPA hospitaliers ou les deux, pour les prises en charge complexe et CSAPA hospitaliers pour les suivis à long terme. Il fallait y mettre un peu de cohérence, de réflexions communes sur les soins proposés, de *guidelines* dans les pratiques. D'où la création de l'ASPSA, au début des années 1990, dont j'ai as-



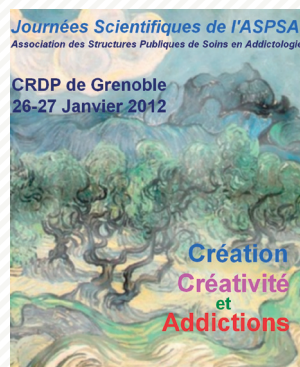
suré la présidence, de 2003 à 2006, puis la vice-présidence, de 2006 à 2011. Chaque année, nous tenons un colloque sur un thème qui intéresse l'organisation et le contenu des soins (3). Le prochain se tiendra d'ailleurs à Grenoble le 20 janvier prochain sur le thème "Addictions et créativité" (voir encadré et programme). Actuellement, y adhèrent une vingtaine d'ex-intersecteurs d'alcoologie devenus services sanitaires hospitaliers en addictologie de niveau II, avec ou sans CSAPA hospitalier, et environ 80 ex-intersecteurs de toxicomanie ou CSST hospitaliers devenus services sanitaires en addictologie de niveau II ou CSAPA hospitaliers ou les deux. Il faut tout de même rappeler que plus de la moitié des hospitalisations pour des problèmes d'addictologie sont effectuées dans des établissements spécialisés en psychiatrie, ce qui est logique puisque la plupart des études sur les comorbidités psychiatriques en addictologie montrent que 50 à 70% des patients ont des comorbidités psychiatriques (psychose : 15 à 20% ; bipolaires : 15 à 20% ; stress post-traumatique : 15 à 20% ; troubles anxieux et névrotiques : 10 à 15%). Par ailleurs, de nombreux patients ont des troubles graves de la personnalité (personnalités narcissiques psychopathiques, abandonniques, hyperactives). Bien entendu, de nombreux produits entraînent des troubles psychiatriques de type psychotique et autres, aigus subaigus ou chroniques. De même, les comorbidités addictives sont extrêmement fréquentes dans les pathologies psychiatriques chroniques : de l'ordre 50 à 70% (cannabis, alcool, tabac, benzodiazépines, cocaïne, drogues de synthèse, héroïne). Le risque de ces comorbidités addictives est multiplié par 7 pour les schizophrènes, et par 10 pour les bipolaires ! Enfin, les troubles de conduites alimentaires (dont Jean Vignau s'occupe à Lille dans une unité spécialisée) sont accompagnés de troubles psychiatriques maintenant bien connus. Il est donc paradoxal et préoccupant de constater que la psychiatrie et l'addictologie ont du mal à travailler ensemble, alors que ces deux disciplines sont concernées par une majorité de patients comorbides

communs, et que nos patients ont besoin d'une double prise en charge, psychiatrique et addictologique. Dans ce contexte d'ignorance réciproque des deux disciplines, nul n'était mieux placé pour faire le lien et organiser ces doubles prises en charge que les structures et services d'addictologie des établissements spécialisés en psychiatrie. C'est dans ce contexte que je me situe et que je me bats pour qu'ils soient incités, grâce à des dotations annuelles de financement (DAF) à porter un vrai projet addictologique, pour faire des prises en charge concomitantes dans les services de psychiatrie avec les équipes de liaison, multiplier l'offre de soins addictologiques à la population générale.

Le Courier des addictions : Vous avez aussi participé à plusieurs études ?

J.H. : Effectivement, j'ai participé en 1996, à la coordination du site de Lille inclus dans l'"étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face aux risques de contamination par le VIH et les virus des hépatites", sous la direction de **F.R. Ingold** (IREP) [4]. J'ai aussi collaboré, de 1999-2001, à l'étude sur l'incidence de l'hépatite C dans le nord et l'est de la France avec l'INVS et **Damien Lucidarme** (5), de la faculté Catholique, et en 2002-2003 à "An inter-laboratory study of anti-HCV antibody detection in saliva samples", toujours avec **Damien Lucidarme** (6). Enfin, en 2004, nous avons travaillé sur "Le suivi des usagers de drogues est-il possible : suivi de cohorte sur 3 ans" avec **Michel Makouala** et **Laurent Plancke** (7, 8). En ce moment, nous sommes en train de dépouiller les résultats de l'étude de cohorte dont nous avons parlé, de 500 patients, qui ont bénéficié d'un bilan hépatique avec fibroscan et mesure biologique de la fibrose, entre juin 2010 et mars 2011 (et que l'on va suivre pendant 4 ans) pour les présenter au prochain grand congrès d'hépatologie de Chicago. Nous menons la plupart de nos études dans le cadre de la Fédération de recherches en santé mentale que nous avons créée au niveau régional, Nord-Pas-de-Calais, et qui regroupe tous les services de psychiatrie

LES JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE L'ASPSA 26-27 JANVIER 2012 AU CRDP DE GRENOBLE : LE PROGRAMME EN BREF



Judi 26 janvier : 13 h 30. Allocutions d'ouverture. **J.C. Exbrayat** (psychiatre, intersecteur d'addictologie, CH Alpes-Isère), **F. Albertini** (psychiatre, présidente de l'ASPSA), **P. Mariotti** (directeur général, CH Alpes-Isère Saint-Egrève), **M. Destot** (député-Maire de Grenoble), **M. Baietto** (président de la Metro).
14 h 15. Président de séance : **Pr T. Bougerol** (pôle psychiatrie, CHU Grenoble). Discutant : **Dr A. Rigaud** (psychiatre, président ANPAA, Reims).

☛ L'art et les chiffres – Projection du court-métrage "Windows" de P. Greenaway – **Dr C. Jacob** (psychiatre, Metz).

☛ Partir de rien ? **Dr J.L. Chassaing** (psychiatre-psychanalyste, membre de l'ALI, Clermont-Ferrand).

☛ De l'ivresse à la poésie. **Dr M.P. Deloche** (psychiatre, médecin-chef de l'hôpital de jour MGEN, Grenoble).

16 h 30. Président de séance : **Pr L. Barret** (président de la CME-pôle pluridisciplinaire de médecine, CHU de Grenoble). Discutant : **Dr C. Vedeilhé** (psychiatre, Rennes).

☛ Les drogues de la créativité assistée. **P. Nomine** (psychologue clinicien, CSAPA, espace Murger, Paris).

☛ Ivresses et contrôles sociaux des états modifiés de conscience chez des "professionnels" : exemples d'Afrique subsaharienne. **Dr A. Epelboin** (médecin-anthropologue, CNRS, MNHN, Paris).

Avec la participation des **Bataclowns** Clownanalystes

Vendredi 27 janvier : 9 h 30 : Présidente de séance :

Dr E. Giraud-Baro (psychiatre, pôle handicap addictologie réhabilitation, CH Alpes-Isère). Discutant : **Dr C. Boyer** (psychiatre, Le Mans).

☛ Nietzsche, la créativité, les addictions. **Dr J.P. Boyer** (psychiatre, Grenoble).

☛ L'émotion musicale (une ivresse ?), entre dépendance et extase ? **J.P. Marry** (directeur CSAPA Point-Virgule CODASE, Grenoble)

11 h 15. Président de séance : **Dr C. Heyward-Blandin** (psychiatre, présidente CME, CH Alpes-Isère Saint-Egrève). Discutant : **Dr J. Dugarin** (psychiatre, Paris).

☛ Grenoble : création contemporaine et représentation des addictions. **Y. Aupetitallot** (historien de l'art moderne et contemporain, critique d'art, directeur du CNAC Le Magasin).

☛ Grenoble : "Il est lamentable de se droguer" (*Traité du style* d'Aragon). **D. Bougnoux** (philosophe, professeur émérite à l'université Stendhal).

14 h 00. Président de séance : **Dr J.P. Chabannes** (psychiatre, CH Alpes-Isère). Discutante : **E. Luyat** (psychologue clinicienne, CH Alpes-Isère).

☛ L'art thérapie en addictologie. **Dr J. Bianchi** (interne en psychiatrie, CH Alpes-Isère).

☛ Grenoble : un atelier théâtre en service d'addictologie. **M.C. Aubrier** (comédienne, metteuse en scène)

☛ Villejuif : génie, addictions, regard avec l'écriture. **M. de Freitas** (psychologue clinicienne, Paris), **M. L. Raynal** (coordinatrice CSAPA).

15 h 15. Président de séance : **Pr M. de Matteis** (addictologie, CHU Grenoble). Discutante : **Dr A. Garin** (CH Alpes-Isère, CHU, CSAPA Gisme, CH La Mure).

☛ Paris : Jeux finis, jeux infinis – Une ligne d'équilibre addictologique. **Dr E. Hispard** (médecin, CSAPA Cap 14).

☛ Du parcours de soin au processus de création : filmer pour comprendre. **P.Y. Moulin** (documentariste, prix Jean Lods SACM 1999, Champ-sur-Drac).

☛ Conclusions des Journées. **J.C. Exbrayat**.



et d'addictologie et de "l'Observatoire régional de recherche en santé mentale", l'une de ses quatre commissions, dont je suis l'un de membres (voir encadré p. 7). Nous sommes en train de travailler avec Olivier Cottencin, dans le cadre de cette Fédération, à extraire de l'énorme cohorte de l'étude Santé mentale en population générale, les données concernant la comorbidité psychiatrique et addictologique dans notre région. Enfin, comme nous en avons déjà parlé, nous avons participé à l'étude prospective multicentrique sur

la préférence pour la BHD et la buprénorphine/naloxone, coordonné par **Jean-Pierre Daulouède** !...

F.A.R

Références bibliographiques

1. Daulouède JP, Caer Y, Galland P et al. Preferences for buprenorphine/naloxone (Suboxone®) and buprenorphine (Subutex®) in patients receiving buprenorphine maintenance therapy in France: a prospective, multicentre study. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2009;11:41-2. *J Subst Abuse Treat* 2010;38:83-9. *Epub* 2009 Oct 2.
2. Lucidarme D, Decoster A, Delamare

C et al. An inter-laboratory study of anti-HCV antibody detection in saliva samples. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27(2):159-62.

3. Harbonnier J. Soigner ou punir. Présentation des journées de l'Aspsta. *Psychotropes* 2006;12:9-13.

4. Ingold FR. Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite : rapport de sites, banlieue parisienne, Lille, Marseille, Metz, Paris. 1996:12.

5. Lucidarme D. Étude de l'incidence et des facteurs de risque de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les toxicomanes injecteurs du nord et de l'est de la France : rapport

de fin d'étude. Lille : groupe hospitalier de l'institut Catholique 2003:01.

6. Lucidarme D, Decoster A, Fremaux D et al. Routine practice HCV infection screening with saliva samples: multicentric study in an intravenous drug user population. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:480-4.

7. Makouala M, Plancke L, Harbonnier J, Malice W. Le suivi des usagers de drogue est-il possible ? *Psychotropes* 2004;10(1):19-46.

8. Makouala M, Plancke L, Harbonnier J, Malice W. Premiers résultats d'un suivi longitudinal de sujets pris en charge pour leur toxicomanie dans le nord de la France. In: *THS (la revue des addictions)* 2002;4(16):873-6.

Brèves

LE CERVEAU DES FILLES PLUS DUREMENT AFFECTÉ PAR LES BEUVERIES

Le cerveau des jeunes filles est plus endommagé que celui des garçons par les beuveries, révèle une étude publiée aux États-Unis par des chercheurs des universités de Californie à San Diego (UCSD) et de Stanford : leurs neurones sont affectés bien au-delà du mal de tête du lendemain. Ces chercheurs ont étudié le cerveau de 95 jeunes femmes, dont 40 ont participé à des beuveries (au moins 4 verres à la suite pour une femme, 5 pour les garçons). L'activité dans plusieurs régions du cerveau, notamment les capacités d'attention et de mémoire, était notablement réduite à la suite de beuveries chez ces dernières par

rapport aux adolescentes qui ne boivent jamais d'alcool. L'étude évoque les différences hormonales entre les sexes, un métabolisme plus lent chez les filles, un indice de masse grasseuse supérieur et un poids en moyenne inférieure. Autres arguments : "les cerveaux féminins sont plus sensibles à l'alcool que ceux des hommes parce que leur développement cérébral a en général 1 ou 2 ans d'avance sur les garçons". "Au même âge, les dommages sont donc plus graves" est la conclusion de l'étude, qui note aussi que 3 lycéens américains de terminale sur 10 disent avoir participé à une beuverie dans le mois précédent.

Squeglia LM, Sorg SE, Schweinsburg AD et al. Binge drinking differentially affects adolescent male and female brain morphometry. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Sep 2.

F.A.R.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef.

Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Toutes nos publications répondent aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données INIST-CNRS, partenariat avec les sociétés savantes SAF et SFT.
- déclaration publique de conflit d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.

**Au fil de nos pages papier et numériques,
Claudie Damour-Terrasson et toute l'équipe éditoriale
vous souhaitent de jolies fêtes de fin d'année 2011**