

# RESAPSAD

INFOS N°31 – Juin 2012

Président : Dr J. VEUNAC - Sec. Général : Dr J-P. DAULOUÈDE - Trésorier : E. FABRE  
Médecin Coordinateur : Dr. E. HERRAN - Coordinateur administratif et technique : C. MALLET - Secrétariat : I. BECKER - Attachée de recherche : Cecilia MAITRE

## Quels sont les services proposés par RESAPSAD ?

### Un accueil spécialisé – Orientation des patients – Appui des professionnels

- **Secrétariat - Permanence Téléphonique** : assurés par Isabelle Becker du lundi au vendredi de 8h30 à 17h
- **Messagerie sécurisée TSA** : permet l'échange par mail tout en assurant le secret professionnel
- **Site internet [www.resapsad.org](http://www.resapsad.org)** : composé de différentes parties d'informations théoriques mais aussi pratiques (échelles, évaluations, guides de bonnes pratiques et référentiels)
- **Documentation spécialisée** : à disposition des adhérents
  - Annuaire des structures et professionnels de santé impliqués dans les conduites addictives
  - Edition d'une lettre du réseau trimestrielle
  - Flyers / dépliants de prévention et réduction des risques (consommation de substances, hépatites/SIDA, sexualité)
  - Abonnements à des revues spécialisées et diffusion d'articles scientifiques par voie électronique
  - Prêt d'ouvrages
- **Expertise en addictologie** : conseils thérapeutiques ou stratégiques, orientation, recommandations ...
  - Eliane Herran, médecin addictologue, disponible au 06 74 89 26 64
  - Cecilia Maitre, attachée de recherche clinique spécialisée en addictologie

### Coordination des soins

- **Organisation d'Intervisions** : L'objectif de ces réunions de synthèse est la mise en place de projets de soins coordonnés sur le plan médical et psychosocial lors de réunions de concertation clinique de l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient adhérent du réseau.  
La pluralité des intervenants doit permettre de définir un parcours de soins par étapes et à géométrie variable en fonction de l'évolution du patient et de ses besoins aux différents plans : psychologique, somatique et social.  
Valorisation financière pour les professionnels libéraux pour ce travail d'équipe.
- **Etablissement et suivi de Plan Personnalisé de Soins (PPS)** : Un PPS est un programme de soins individualisé destiné à améliorer la coordination et la qualité des soins, tout au long du parcours de soins du patient. Il vise à renforcer l'adhésion du patient à un projet de soins adapté, cohérent, associant une prise en charge transversale médicale, psychologique et sociale.  
Le PPS se concrétise par un document écrit, révisé périodiquement, qui recense les données d'une prise en charge globale médicale, psychologique et sociale, partagé entre les différents professionnels et le patient. Le PPS implique l'adhésion du patient au réseau, autorisant le partage de l'information le concernant entre les différents professionnels intervenant dans sa prise en charge.
- **Evaluation des patients** : par l'attachée de recherche clinique, à l'aide d'outils d'évaluation standardisés
  - l'Addiction Severity Index (ASI) : hétéro questionnaire semi directif standardisé explorant différents domaines (médical, social, consommations, juridique, familial, psychologique) et pouvant être utilisé pour l'élaboration du projet de soin et de son suivi
  - le MINI est un hétéro questionnaire standardisé directif, conçu sur la base des critères DSMIV, permettant d'évaluer les troubles psychiatriques actuels ou passés du patient.
- **Les bandelettes urinaires** de dosages des substances psychoactives sont mises à disposition des médecins libéraux adhérents.  
Le dosage urinaire est un outil d'évaluation objectif de la qualité de la prise en charge et non un outil de contrôle des consommations. C'est un examen complémentaire, dont le résultat est à confronter aux éléments cliniques qu'il ne peut remplacer. La positivité d'un dosage urinaire ne constitue en aucun cas un argument pour l'arrêt du soin.  
Les bandelettes disponibles détectent les substances suivantes : EDDP (métabolite de la méthadone), buprénorphine, morphiniques/codéinés/opiacés, cocaïne, cannabis, benzodiazépine, amphétamines, MDMA/ecstasy.

### Actions de formation

Depuis sa création, RESAPSAD s'est efforcé de privilégier les soirées d'information et de formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients souffrant de conduites addictives afin de permettre aux professionnels d'acquérir, de réactualiser, d'approfondir leurs connaissances, et de développer une culture addictologique commune basée sur des preuves scientifiques (*evidence based medicine*)

- **Formation thématique en soirée ou soirée d'information**, où le réseau fait appel à des intervenants extérieurs, reconnus dans leur domaine de compétence. Elles s'adressent aux adhérents et plus largement à des professionnels d'autres champs d'activité selon les thèmes de la formation (pneumologues, neurologues, professionnels de la périnatalité...). Ces soirées sont aussi l'occasion de faire connaître les missions du réseau et de valoriser le travail en réseau.
- **Formation des équipes des structures de soins** en journées
- **Formations à l'utilisation de l'appareil de Fibroscan** en collaboration avec la société Echosens
- **Formation de certains groupes de professionnels** sous forme d'échange de pratique très apprécié des professionnels (pneumologues pour la tabacologie, professionnels de la périnatalité)
- **Formation individuelle de professionnels libéraux** par le médecin coordinateur lors de visites confraternelles.

## Actualités Réseaux

Les réseaux de santé subissent depuis 2 ans une diminution régulière de leur financement et des restructurations majeures. Courant 2011, les réseaux qui agissaient majoritairement dans le soin sont sortis du cadre financier du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), pour être réorientés vers des enveloppes sanitaires.

Sur notre territoire de santé Navarre-Côte Basque, les trois réseaux restant financés au titre du FIQCS (Resapsad, Palliador, R3VPBL), sont encouragés par l'ARS à fusionner en une seule « plateforme territoriale d'appui à la coordination ». Nos missions évoluent vers l'appui à la coordination du médecin traitant, de manière plurithématique, pour la gestion des situations complexes (appui à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du Plan Personnalisé de Santé (PPS)). Ceci suppose une mise en commun de tous nos moyens et compétences, ainsi qu'un élargissement de nos champs d'intervention.

Un rapprochement administratif est donc en cours, avec en parallèle une réflexion de fond sur les missions de cette nouvelle « plateforme territoriale d'appui à la coordination ». Le rapprochement des 4 réseaux addictions aquitains en un réseau régional thématique commun n'est plus prioritaire mais la dynamique d'analyse et de réflexion commune autour de la prise en charge des addictions reste préservée.

## Le Réseau Santé Mentale Pays Basque

Créé à l'initiative du Centre Hospitalier de la Côte Basque et du Conseil Général des Pyrénées Atlantiques et financé par ces deux entités, le Réseau santé Mentale Pays Basque développe son action sur le territoire du Pays Basque.

Outre ces deux partenaires fondateurs, sont associés à cette démarche les professionnels de l'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale (UDCCAS) et les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales du Pays Basque.

Le RSMPB a démarré début novembre 2011 par la prise de fonction de la coordinatrice chargée de sa mise en œuvre et de son développement.

La mission de cette structure n'est pas de prendre directement en charge les personnes bénéficiaires des services concernés mais d'apporter un soutien aux professionnels et aux institutions, afin d'améliorer la qualité de coopération entre la multitude d'acteurs intervenants auprès de publics en souffrance psychique.

Ce soutien se concrétisera par le développement d'une ressource d'information, de formations, d'échanges et de diffusion de bonnes pratiques. Il se traduira également par la participation au développement d'une politique de prévention et d'éducation en santé mentale, ainsi que par l'émission de recommandations techniques et organisationnelles aux responsables institutionnels pour une meilleure prise en charge médico-sociale des questions de santé mentale.

### Pour adhérer

La participation aux actions du Réseau se fait par simple adhésion.

Les professionnels exerçant en libéral, souhaitant adhérer au RSMPB pourront le faire en contactant la coordinatrice et ce, dans l'attente de l'ouverture du site internet.

De même, les responsables d'établissement peuvent également adhérer et ainsi chaque salarié qui le souhaite peut bénéficier des ressources du Réseau.

### Phase de lancement

Le RSMPB est actuellement en phase de lancement, tout professionnel intéressé par la démarche de mise en réseau peut participer à la consultation territoriale en remplissant le questionnaire en ligne à l'adresse suivante :

<http://ch-cote-basque.fr/index.php/rsmpb-enquete>

Le RSMPB espère par cette démarche impliquer un grand nombre de professionnels afin de proposer des actions de formations, des ateliers thématiques en lien avec les attentes des professionnels.

La restitution des résultats aura lieu lors de **l'inauguration le 10 octobre 2012.**

### Les actions 2012

- préparation du site internet (ouverture prévue pour l'inauguration en octobre)
- consultation diagnostic des professionnels du territoire à partir d'un questionnaire
- inauguration du RSMPB le 10 octobre 2012

### Contact:

Mme Larzabal, coordinatrice

Centre hospitalier Cam de Prats 64 100 Bayonne

Tel : 05 59 44 42 20

Email : [barbara.larzabal@ch-cotebasque.fr](mailto:barbara.larzabal@ch-cotebasque.fr)

RÉSEAU SANTÉ MENTALE PAYS BASQUE

Vous êtes médecin, infirmier, agent de service, éducateur, aide médico-psychologique, conseiller, agent administratif, aide à domicile...?

**Le Réseau Santé Mentale Pays Basque vous sollicite !**

Pour répondre à un questionnaire afin d'établir un diagnostic territorial des Problèmes en santé mentale

http://www.ch-cote-basque.fr/index.php/rsmpb-enquete

**Avant le 24 juillet**

**Nous comptons sur vous !**

## Un nouveau médicament dans le traitement de la dépendance aux opiacés

La combinaison buprénorphine/naloxone (4 :1) est disponible en France depuis **janvier 2012**.

L'apport de la naloxone a pour effet de limiter l'usage détourné du traitement, par injection ou par sniff.

En effet, prise par voie sublinguale, la buprénorphine/naloxone présente les mêmes effets que la buprénorphine seule, la naloxone, de faible biodisponibilité sublinguale (3%), étant quasi totalement métabolisée par le premier passage hépatique.

Administrée par voie intraveineuse ou sniffée, la Suboxone® provoque un syndrome de sevrage opiacé.

Ce traitement associant la buprénorphine à l'antagoniste naloxone est principalement indiqué à des patients utilisant la buprénorphine seule par une voie détournée (injection ou sniff) et souhaitant cesser ce « mésusage ».

Il n'est pas souhaitable de prescrire cette nouvelle combinaison à des patients stabilisés sous d'autres traitements (buprénorphine ou méthadone).

### Comment ?

**Le mode de prise, le cadre de prescription et de délivrance** sont identique à ceux de la buprénorphine.

- **Voie sublinguale** : Le comprimé doit être laissé **sous la langue de 5 à 10 minutes**, sans l'avaler ni le sucer, jusqu'à dissolution complète. Une **seule prise** par jour.
- **Prescription** : 28 jours maximum
- **Rythme de délivrance** : hebdomadaire, bi mensuel ou mensuel selon mention expresse du prescripteur.
- **Switch de la buprénorphine à la Suboxone®** : Le passage d'un traitement buprénorphine à un traitement Suboxone® peut se faire directement, en conservant la posologie initiale de buprénorphine du patient (**8 mg de buprénorphine correspondra à 8 mg de Suboxone®**). Cependant, un léger ajustement de posologie peut être nécessaire.

La prise en charge du patient inclut nécessairement une dimension **médicale, psychologique et sociale**, ainsi qu'une **réévaluation clinique et thérapeutique régulière**. Un traitement bien équilibré et une prise en charge des co-addictions permettent une stabilisation et évitent l'usage détourné du traitement.

## Les Tests Rapides à Orientation Diagnostique

En France, où l'on estime à près de 50 000 le nombre de personnes porteuses du **VIH** sans le savoir ou non suivies, le Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) est un **outil complémentaire de dépistage**, au plus proche des **populations les plus exposées** et les moins couvertes. Il aurait également un impact sur le nombre de personnes ne venant pas chercher les résultats de leurs analyses sanguines ainsi que sur le nombre de patients perdus de vue. Les TROD **Hépatite C (VHC)** sont réalisés au CSAPA BIZIA en partenariat avec la fédération SOS Hépatites. Ils n'ont toujours pas été autorisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) malgré l'urgence de la situation face à l'épidémie d'Hépatite C à laquelle l'Europe fait face actuellement.

Un TROD se déroule en environ **45 minutes**, il est composé de **3 phases** : l'entretien pré test (explication du TROD, rappel de l'histoire de la maladie testée, des modes de transmission etc.), le test à proprement parler (une goutte de sang prélevée sur le bout du doigt, réalisation du test et résultat en quelques minutes pour le VIH, en une vingtaine de minutes pour le VHC), l'entretien post test (annonce du résultat et orientation rapide du patient grâce à des partenariats établis avec le CHCB).



Les TROD, **gratuits et anonymes**, sont réalisés par des professionnels spécifiquement formés dans **2 structures** du territoire à l'heure actuelle :

- **CSAPA/CAARUD BIZIA/Médecins du Monde** :  
CHCB – Bât Zabal  
Avenue Paul Pras  
64100 BAYONNE  
Tél. : 05 59 44 31 00  
Réalisation de **TROD VIH et VHC sans RDV**  
Tous les jours de 10 h à 17h
- **CAARUD AIDES** :  
3, avenue du Maréchal Harispe  
64100 BAYONNE  
Tél. : 05 59 55 41 10  
Réalisation de **TROD VIH sur RDV**



## Formations à venir

- **Formation en journée le jeudi 13 septembre** : Repérage Précoce et Interventions Brèves en Milieu Scolaire (AGIR 33, Rézopau, RESAPSAD)
- **Formation en soirée le jeudi 20 septembre** : Consommation modérée d'alcool par **le Pr Henri-Jean Aubin**
- **Formation en journée le lundi 24 septembre** : Utilisation de l'appareil Fibroscan®

## Alcoolodépendance : où en est-on ?

Plusieurs molécules ont, au cours des dernières années montré des potentialités dans le traitement de l'alcoolodépendance, si aucune n'a l'AMM pour l'instant, des études sont en cours :

- namelfène, antagoniste opiacé
- topiramate, anyiepileptique gabaergique
- ondansétron, antagoniste des récepteurs 5HT3 de la sérotonine
- aripiprazole, antipsychotique agoniste partiel du récepteur D2

### Le cas du baclofène :

➤ L'étude rétrospective de Rigal et al., **Abstinence and "low risk" consumption 1 year after the initiation of high dose baclofen : a retrospective study among "high risk" drinkers** a été publiée dans la revue britannique *Alcohol and Alcoholism* en mars 2012. Les résultats de cette première étude française étaient plutôt encourageants puisque parmi les 181 patients éligibles, 49 ont été perdus de vue (27%), 78 (43%) étaient abstinents à un an et 28 (15%) avaient une consommation à faible risque.

➤ Ces résultats cliniques ont permis à l'AFSSAPS d'actualiser ses recommandations vis-à-vis du baclofène. Elle rappelle en effet que « Concernant spécifiquement cette utilisation hors du cadre actuel de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), les données de pharmacovigilance sont très limitées mais ne remettent pas en cause la poursuite de ce type de traitement. »

L'AFSSAPS rappelle également que « la prise en charge de l'alcoolodépendance implique une approche globale par des médecins expérimentés dans le suivi de ce type de patients dépendants. Le recours au baclofène doit être considéré au cas par cas et avec une adaptation posologique individuelle afin de garantir dans le temps la dose utile pour chaque patient. »

➤ L'AFSSAPS a par ailleurs autorisé le lancement de l'essai clinique « Traitement de l'alcoolisme : essai thérapeutique en double insu pendant un an en milieu ambulatoire du baclofène à haute dose versus placebo » déposé par le Pr Jaury et validé par les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC). Cet essai devrait débuter courant 2012.

### Consommation modérée d'alcool vs abstinence

L'abstinence est elle le seul objectif thérapeutique envisageable dans la prise en charge de l'alcoolodépendance ? Il semblerait que non. Cette question a fait l'objet d'interventions et de discussions lors du dernier colloque de la Société Française d'Alcoologie (SFA) organisé à Paris les 22 et 23 mars derniers.

Offrir le choix entre diverses stratégies orientées vers l'abstinence ou vers la réduction de la consommation permettrait aux personnes réticentes d'abaisser leur niveau de résistance au changement et d'envisager une prise en charge jusqu'alors inenvisageable.

La récente étude du Dr Luquiens montrait que la moitié des alcoologues français considèrent la consommation modérée comme un objectif thérapeutique acceptable.

**Pour en savoir plus**, rendez-vous sur le site de la Société Française d'Alcoologie ([www.sfalcoologie.asso.fr](http://www.sfalcoologie.asso.fr))

Le **professeur Henri Jean Aubin**, psychiatre addictologue à l'hôpital Paul Brousse présentera ses travaux sur le sujet lors d'une **soirée d'information organisée par le réseau le jeudi 20 septembre 2012**.

## Addiction sexuelle

Après les premières descriptions de l'hypersexualité (appelée alors hyperesthésie sexuelle) à la fin du XIXème siècle, le concept de dépendance sexuelle a été décrit dans les années 70 par le psychiatre américain Patrick Carnes.

L'addiction sexuelle est définie comme une addiction comportementale pouvant prendre différentes présentations cliniques telles que la masturbation compulsive, la drague compulsive, la consultation compulsive de sites internet classés X, de journaux ou de services téléphoniques à caractère pornographique, la fréquentation de clubs échangistes, de sex shops, le recours compulsif à la prostitution ...

Comme toute autre addiction, l'addiction sexuelle comporte une perte de contrôle croissante, un désir persistant et impérieux, une augmentation du temps passé à assouvir ce désir, une poursuite du comportement malgré les conséquences négatives (perte d'argent, problèmes familiaux, infections sexuellement transmissibles ...), l'abandon progressif des autres activités au profit de ce comportement et une souffrance de l'individu.

Cinq à 6% de la population souffrirait actuellement d'addiction sexuelle, avec une sur représentation des hommes.

Jusqu'ici assez méconnue, l'addiction sexuelle a « bénéficié » d'une certaine couverture médiatique avec notamment le film *Shame*, du réalisateur Britannique Steve Mc Queen, sorti en 2011.

Les prises en charge actuellement proposées dans les CSAPA pour ce type d'addiction sont les thérapies cognitives et comportementales permettant au sujet de mettre en évidence les distorsions cognitives associées à cette addiction (telles que le désir excessif de performance, l'autre comme objet dans la relation sexuelle, représentations que le sujet se fait de ses besoins, etc.). Les TCC, associées à des antidépresseurs sélectifs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) afin de stabiliser les éléments anxiodépresseurs associés, sont les outils thérapeutiques utilisés actuellement.

Il existe des échelles d'évaluation spécifiques à l'addiction sexuelle (Carnes et Coleman) que vous pouvez retrouver sur notre site internet [www.resapsad.org](http://www.resapsad.org).

**Pour en savoir plus**, *On ne pense qu'à ça* de M. Reynaud et L. Karila (2009) et *Out of the shadows - Understanding Sexual Addiction* de P. Carnes (2001).

## Documentation



L. Karila, M. Reynaud. **Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale. Troubles liés à l'usage de cocaïne ou de drogues stimulantes.**

Reposant sur les principes de la thérapie cognitive et comportementale (TCC), ce guide pratique propose aux acteurs du champ sanitaire en addictologie une méthode de traitement des patients ayant un trouble lié à l'usage de cocaïne ou d'autres substances stimulantes.



State Methadone Treatment Guidelines. Consensus Panel Chair. **Traitement à la méthadone.**

La méthadone a fait l'objet de recherches exhaustives démontrant sa sûreté d'emploi et son efficacité, particulièrement s'il est dispensé en association avec des soins médicaux, un soutien psychologique et éducatif ainsi qu'avec une aide socio-professionnelle et familiale. Ce manuel présente les règles de l'art de la conduite efficace du traitement à long terme à la méthadone.



J. Cottraux. **Psychologie Positive et bien être au travail.**

Cet ouvrage international, à la fois théorique et pratique, montre comment changer les relations humaines en favorisant la mise en place d'un « leadership positif ». Il explique en détails les méthodes de prévention des risques psychosociaux que peuvent être en particulier le stress, le burnout, la dépression et l'anxiété. L'application



**L'annuaire RESAPSAD 2012**

Disponible en version papier à commander au réseau et en version numérique sur notre site internet [www.resapsad.org](http://www.resapsad.org) sur lequel est disponible un formulaire de correction à compléter et à nous renvoyer.