

Les interventions de prévention des conduites addictives chez les adolescents ont fait l'objet d'études d'évaluation visant à mesurer leur efficacité. Nous proposons de présenter un panorama des interventions évaluées comme efficaces sur la prévention des consommations de substances psychoactives chez les jeunes (alcool, tabac et substances illicites). Ce travail a été réalisé en 2014 dans le cadre de l'expertise collective de l'Inserm « conduite addictive chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement » [1]. Il s'est appuyé sur l'exploitation des corpus bibliographiques de trois synthèses de littérature [2–4] publiées en 2013 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Notre analyse comprend 12 revues systématiques de la Cochrane Library, huit synthèses ou revues d'organismes ou instituts œuvrant dans le champ de la santé publique, et 13 revues systématiques de la littérature scientifique publiées entre 2002 et 2012. Nous avons complété l'analyse à l'aide de trois revues de littérature consacrées spécifiquement aux interventions d'aide à distance. Ces données ont été synthétisées afin de dégager les principales approches préventives ayant fait la preuve de leur efficacité sur la prévention des comportements d'expérimentation ou sur la réduction (diminution ou arrêt) des comportements de consommation d'alcool, de tabac et de substances illicites. Les interventions jugées efficaces sont les interventions visant à développer les compétences psychosociales des élèves, en particulier la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes, l'affirmation et l'estime de soi. Les autres interventions ayant fait la preuve de leur efficacité sont les interventions visant le développement des compétences parentales, les stratégies à composantes multiples, les interventions fondées sur l'entretien motivationnel, les interventions incluant un volet psychothérapeutique, les interventions d'aide à distance, certaines campagnes médias et certaines interventions visant à limiter l'accès aux produits.

Mots clés Prévention ; Conduites addictives ; Adolescents

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Rapport du groupe d'experts coordonné par le pôle expertises collectives de l'Inserm à la demande de la Mildeca. Paris: les éditions Inserm; 2014 [482 pages].
- [2] du Roscoät E, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Sante Publique* 2013;25(Suppl. 1):47–56.
- [3] Guillemont J, Cement J, Cogordan C, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Sante Publique* 2013;25:37–45.
- [4] Wilquin J-L, Clement J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Sante Publique* 2013;25:65–74.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.026>

R14

Les trois révolutions qui amélioreraient immédiatement l'efficience de notre système de soins psychiatriques

D. Leguay

Centre de santé mentale Angevin, pôle IV, Angers, France

Adresse e-mail : denis.leguay@free.fr

Notre système de soins psychiatriques est à la fois sophistiqué, intelligent, et dysfonctionnel. Ses moyens restent importants. Toutefois la satisfaction de ses clients est faible. Ses résultats thérapeutiques globaux pourraient être significativement améliorés. Son

efficience économique pourrait être optimisée. Des données internationales existent qui montrent que certains parcours de soins offrent davantage d'opportunités de rétablissement, à l'aune de la réduction de la pathologie, et des paramètres d'insertion. Le système français pourrait se mobiliser pour évoluer. Pour cela, trois révolutions seraient à mettre en œuvre :

– la première serait de définir à la politique de santé mentale des objectifs de santé publique. C'est en poursuivant des objectifs chiffrés que l'on avance ;

– la deuxième est de mettre en œuvre des structures dédiées, intersectorielles, offrant à tous le « panier de soins » nécessaires. Ce panier de soins devrait être défini, et leur mise à disposition sur chaque territoire devrait être systématique ;

– la troisième est d'opérer le « virage du handicap psychique », de développer l'accompagnement médicosocial, et de tirer parti de tous les outils introduits par la loi de 2005.

L'intervenant développera les données disponibles qui justifient ces propositions, déclinera les leviers à utiliser, et les modalités de mise en œuvre de ces « révolutions ».

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.027>

R15

Quelles stratégies relationnelles pour aborder le mésusage d'alcool chez les patients atteints de troubles psychiatriques ?

P. Bendimerad^{1,*}, B. Rolland², N. Jaafari³

¹ Groupe hospitalier La-Rochelle-Ré-Aunis, La Rochelle, France

² Inserm U1171, université Lille, CHRU de Lille, Lille, France

³ Inserm U-1082, centre hospitalier Henri-Laborit, Poitiers, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patrick.bendimerad@free.fr (P. Bendimerad)

Seulement 8% des patients ayant des troubles de l'usage de l'alcool (TUAL) sont pris en charge en Europe [1]. Les patients atteints de TUAL présentent fréquemment un trouble psychiatrique associé, et ces patients consultent beaucoup plus facilement les services de psychiatrie que ceux d'addictologie [2]. Les psychiatres ne se sentent pas toujours à l'aise ou suffisamment formés pour aborder le problème du mésusage d'alcool, que ce soit pour le prendre en charge ou pour arriver à orienter le patient vers un service d'addictologie. Le but de cette session est d'initier les participants au Congrès français de psychiatrie à des outils addictologiques relationnels très simples. Pour aborder progressivement la problématique de mésusage avec un patient réticent ou ambivalent [3], nous évoquerons notamment comment :

– aborder indirectement le problème d'alcool grâce à des outils d'entretien motivationnels ;

– réaliser des ancrages par intervention brève, sur une base de programmation neurolinguistique (PNL)

– identifier les problématiques de gestion émotionnelle et interpersonnelles majeures sur lesquelles travailler avec un patient réticent à aborder son mésusage (TCC et TIP) et ;

– utiliser un vocabulaire qui permet de créer des images mentales positives chez l'interlocuteur, afin d'évoquer indirectement l'alcool sans stigmatisation (hypnose conversationnelle).

Pour intégrer progressivement la dimension du mésusage d'alcool dans la prise en charge relationnelle du patient par le psychiatre, nous aborderons l'intérêt des nouvelles stratégies de réduction de consommation, ainsi que quelques outils issus de l'entretien motivationnel, de l'hypnose, de la PNL ou encore des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies interpersonnelles, qui peuvent s'intégrer de manière douce à toute approche psychothérapeutique. L'utilisation de ces quelques outils permet notamment de ne pas entraîner de dissonance et de ne pas nuire

à la spontanéité relationnelle avec des patients que les psychiatres connaissent parfois depuis longtemps.

Mots clés Consommation contrôlée ; Troubles liés à l'utilisation d'alcool comorbidité ; Stratégies relationnelles ; Psychothérapie
Déclaration de liens d'intérêts Patrick Bendimerad déclare des liens d'intérêt avec les laboratoires LUNDBECK, Benjamin Rolland déclare des liens d'intérêt avec LUNDBECK et ETHYLPHARM, Nemat Jaafari déclare des liens d'intérêt avec LUNDBECK et SERVIER.

Références

- [1] Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82(11):858–66.
- [2] Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ. Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1999;156(8):1230–6.
- [3] Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how-people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102–14.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.028>

R16

Troubles mentaux et mortalité

D. Saravane

ANP3SM (association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale), établissement public de santé Barthélémy-Durand, France

Adresse e-mail : djea.saravane@free.fr

Depuis de nombreuses années, la santé physique des patients atteints d'une pathologie mentale a été négligée. Des études s'accordent pour conclure à une surmortalité et une comorbidité importantes chez ces patients. Le taux de mortalité (toutes causes confondues) est 4,5 fois plus élevé que pour la population générale. Ainsi un patient schizophrène a une espérance de vie diminuée de 20% par rapport à la population générale. Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires. D'autres études ont mis en évidence des anomalies métaboliques telles que le diabète, les troubles lipidiques qui tendent à favoriser les maladies cardiovasculaires. Cette augmentation de la mortalité s'explique par des causes multifactorielles : environnement défavorable, conditions socioéconomiques précaires, conduites addictives, mauvaise hygiène alimentaire sans oublier les effets secondaires de certains traitements psychotropes. Rendre plus accessible la prévention, le dépistage, lutter contre les facteurs de risque, réaliser de façon systématique des évaluations somatiques et biologiques, et permettre à ces patients de bénéficier des mêmes stratégies de soins que celles proposées à l'ensemble de la population, constituent des priorités que nous devons intégrer à nos pratiques. Des recommandations viennent aider à cette évaluation et le suivi et permettent une alliance collaborative entre psychiatres et somaticiens.

Mots clés Mortalité ; Maladies cardiovasculaires ; Facteurs de risque ; Évaluation somatique

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Charrel CL, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, Danel T. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50(2):269–77.
 Danel T, Deconstanza P, Deprince J, Elouahi F, Ethuin C, Had-douche A, Leppla A, Quagliozzi S, Verrier V, Amariei A, Pastureau D, Danel S, Plancke L. La santé physique des personnes souffrant de

schizophrénie: implication du dispositif de soins psychiatriques. *Info Psychiatr* 2011;87:215–22.

Saravane D. Dyslipidaemia and mental health. *Ed Intech* 2012:349–66.

Saravane D. Observance et prise en charge somatique des patients en santé mentale. *Encephale* 2008;33:19–22.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.029>

R17

Refus scolaire anxieux à l'adolescence

J. Sibeoni

Centre de soins psychothérapeutiques de transition pour adolescents, centre hospitalier d'Argenteuil, Argenteuil, France

Adresse e-mail : jordansib@hotmail.com

L'absentéisme scolaire est un problème en augmentation à la croisée des préoccupations des politiques d'éducation et de santé publique. En France, il concernerait 2 à 5% des enfants en âge scolaire [1]. Ce phénomène renvoie autant à des facteurs socioéconomiques, sociologiques, scolaires qu'à des questionnements autour de la psychopathologie individuelle et du fonctionnement familial. Le comportement de refus scolaire de l'adolescent est en effet devenu un motif de plus en plus fréquent de consultations en pédopsychiatrie. Une revue récente de la littérature estimait qu'environ 90% des enfants et adolescents qui refusaient d'aller en cours pouvaient prétendre à un diagnostic psychiatrique [2], principalement de troubles anxieux qu'on regroupe sous le terme de refus scolaire anxieux. Le refus scolaire anxieux est un phénomène complexe et hétérogène qui suscite de nombreux questionnements et débats. En effet, les confusions terminologiques (truancy, phobie scolaire, refus scolaire anxieux...) et les difficultés à s'accorder sur une définition précise et consensuelle font écho à un débat théorique important autour de l'étiopathogénie, de la psychopathologie et du traitement du refus scolaire anxieux ; un débat au sein de la communauté psychiatrique – débats de théories selon les paradigmes auquel chaque auteur va se référer pour conceptualiser son modèle de refus scolaire anxieux [3] – mais également un débat au sein de la société comme l'illustre le succès médiatique et éditorial du terme de « phobie scolaire », succès relayé par nos patients et leurs parents. La situation de refus scolaire anxieux à l'adolescence peut parfois devenir une tour de Babel où personne, parmi les professionnels, les patients et les parents, ne parlent la même langue. Durant cette communication, nous tenterons à partir de la littérature et d'exemples cliniques de faire la synthèse des connaissances actuelles sur le sujet et d'apporter des perspectives de compréhension et de traitement.

Mots clés Refus scolaire anxieux ; Phobie scolaire ;

Pédopsychiatrie ; Adolescents

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Girardon N, Guilloneau J. Phobie scolaire à l'adolescence. *Perspect Psy* 2009;48:375–81.
- [2] Ek, Hans, Rikard E. Psychological factors behind truancy, school phobia, and school refusal: a literature study. *Child Fam Behav Ther* 2013;35(3):228–48, <http://dx.doi.org/10.1080/07317107.2013.818899>.
- [3] Ingul, Magne J, Klöckner CA, Silverman WK, Nordahl HM. Adolescent school absenteeism: modelling social and individual risk factors: modelling risk factors for school absenteeism. *Child Adolesc Mental Health* 2012;17(2):93–100.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.030>