Septième forum national de SOS Hépatites

Peut-on travailler avec un psychiatre ?

Jean-Philippe Lang, psychiatre

Michel Bonjour :
Jean-Philippe Lang est psychiatre, chef de service en psychiatrie à Strasbourg, au pôle de référence. Son nom est intimement lié à l'hépatologie, parce que c'est sans doute un des psychiatres qui connaît le mieux entre autre les hépatites virales et leurs traitements. C'est quelqu'un qui nous est très utile parce qu'on manque cruellement de psychiatres.
La petite provocation dans le titre de son intervention, c'est parce qu'après avoir réfléchi on a constaté que beaucoup de gens à qui ont disait « vous devriez consulter un psychiatre » nous répondent assez souvent « je ne suis pas fou ! ». Ou alors il n'y en a pas à leur disposition. Or nous pensons que c'est indispensable.

Dr Lang :
Je pense que vous connaissez tous la théorie du bouc émissaire : pour qu'une situation avance, pour qu'une situation évolue, pour qu'une réunion soit réussie, il faut un bouc émissaire. Le bouc émissaire du jour, c'est moi. On m'a gentiment dit : « Tu viens, ne prépare pas de topo. Tu vas regarder les gens dans les yeux, assis sur un divan, et puis tu vas demander ce que tu peux faire pour eux. » J'ai dit : « je ne sais pas si je vais savoir faire ! ».
En fait on va vivre une expérience un peu unique, c'est pour ça que j'ai demandé à ce que l'issue de secours soit le plus proche de moi…Vous verrez que la question « peut-on travailler avec un psychiatre » (même si au départ elle peut paraître incisive pour la discipline psychiatrique) je suis intimement persuadé qu'elle est à double sens. Et que cette question peut venir du patient, peut venir du médecin. Elle est axée sur plein de croyances, plein de préjugés, qui sont probablement à l'origine de pas mal de temps perdu.
Je trouve que le symbole de commencer deux heures après en étant dans la nécessité de rattraper le temps perdu, on est loin d'être à côté de la plaque. Vous savez très clairement que la cause principale de non accès au traitement est une cause psychiatrique, que la cause principale de mauvaise observance est une cause psychiatrique, que la cause principale de rupture de traitement est la cause psychiatrique, que le trop peu de patients qui sont traités le sont pour des causes psychiatriques. Donc effectivement on a pris beaucoup de retard et il faut que la psychiatrie rattrape le temps perdu.
Vous savez aussi que les choses ont changé de manière très importante depuis 4 à 5 ans. J'aurai assisté au topo de ce matin il y a 4 à 5 ans, je pense que j'aurai les moustaches qui frisent, je serai méchant, tout ce que vous voulez. Mais c'est vrai qu'on entend des choses qui sont extrêmement satisfaisantes puisqu'on est quand même arrivé à 5 ans à dire que les contre indications psy ne sont pas des contre indications psy, qu'il faut qu'on arrête de faire tout et n'importe quoi avec la psychiatrie dans ce domaine et qu'on essaie de proposer aux gens des prises en charge cohérentes, adaptées, et qu'on cesse avec nos croyances. Le souci principal c'est que la croyance est la base de la névrose. De la névrose populaire, de la névrose générale, et que tout le monde, moi y compris, on préfère croire que savoir. Et faire des choix dans un contexte de croyance qui nous mène à l'échec. Je pense que le rapport à la psychiatrie par les psychiatres, par les malades et par les médecins est à l'origine de ce temps perdu.
Il est important de savoir, il est important d'arrêter de croire. Il est nécessaire de continuer à **Y** croire. Et l'important c'est vraiment, dans une dimension de savoir, de continuer à y croire.

Donc l'objectif n'est pas de vous faire un topo, c'est peut-être de répondre à vos questions. Parce que si on doit travailler avec un psychiatre, il faut que le psychiatre s'adapte à la demande, en connaissance de cause, dans un contexte de réalité, dans un contexte de savoir, dans une situation sociale, professionnelle, génétique, neurobiologique, psychologique, individuelle. Je pense donc qu'il est plus simple que je m'adapte à la situation, ce qui sera une difficulté pour ma spécialité, mais je pense que c'est aussi très symbolique.
Donc je suis là pour répondre à vos questions et peut-être nous permettre de débattre autour de ce sujet.

DEBAT AVEC LA SALLE

Pascal Melin :
Une question. Comment les psychiatres font au niveau neurobiologique ? C'est un vrai débat qu'on entend dans tous les congrès. Le virus est-il dépressiogène ? Ets-ce que le virus a une action dans le cerveau des gens pour induire de la dépression directement, ou est-ce que c'est les symptômes induits par l'hépatite chronique, à savoir la fatigue etc. qui vont mettre le malade en situation de moins bonne compétence sociale et qui vont amener une exclusion et un syndrome dépressif parfois ? Est-ce que tu penses que le virus a directement une action dépressive au niveau cérébral ?

Dr Lang :
Pour répondre à ta question, il y a une chose qui est importante. C'est que faire des troubles anxieux, des troubles affectifs sous traitement ou dans le cadre d'une hépatite C chronique n'a rien à voir avec une situation de faiblesse intime, personnelle ou autre. Ce n'est pas parce qu'on est en difficulté qu'on est faible. Il est évident que le traitement en lui-même agit sur les structures de l'affectivité, est à l'origine d'états dépressifs, de troubles anxieux véritables, indépendants de toute volonté, forces, faiblesses, failles personnelles.
En plus on sait qu'il existe un lien avec l'hépatite C qui n'existe pas ailleurs. On sait que quand on compare des situations identiques de traitement et de prise en charge entre hépatite B et hépatite C, il y a quelque chose qui se passe dans l'hépatite C qui n'existe pas dans l'hépatite B, que ce soit au niveau cognitif ou au niveau des troubles affectifs.
De toute façon déjà dans un registre global dans notre domaine, la dépression est quelque chose de dramatique et probablement la maladie de demain. Simplement à titre d'information, il y a un index anglo-saxon qui actuellement prouve que la dépression en coût mortalité/morbidité/coût social etc. est actuellement la 4e maladie ; elle sera demain en 2020 la première ou la deuxième maladie devant pleins d'autres dramatiques. Actuellement en France une dépression sur six est traitée comme il le faut. Et quand on fait une dépression on entraîne des lésions cérébrales, véritables, qui sont à l'origine d'une sensibilisation à la dépression. Voire à un point où à un moment donné on peut déprimer sur un mode épileptique sans aucune raison. Et ces lésions sont réversibles sous traitement. Donc il faut qu'on arrête avec cette notion de dépression : petite dépression ou pas petite dépression ; c'est normal de déprimer ou c'est pas normal de déprimer ; il faut que je sois plus fort ; il faut que je fasse du sport… On est hors de tout ça. Quand on a une dépression, on a une dépression et elle se traite. Peu importe le contexte.
Mais dans le contexte de l'hépatite C il est évident que le médicament et la maladie ont une interaction avec les structures de l'affectivité.

De la salle :
Comment se fait-il que les médecins de la Cotorep n'aient pas encore compris ça ?

Michel Bonjour :
Il faudrait au moins deux jours pour parler de la Cotorep !

Dr Lang :
Pourquoi les médecins TOUT COURT n'ont pas compris ça ? Médecins du travail, médecins hépatos, médecins généralistes, médecins conseils, médecins psychiatres ?

Dr Rémy :
J'ai bien entendu : une dépression sur six traitée. Mais étant donné le manque de disponibilité ou d'offre de soins en matière de psychiatres, est-ce que tu penses qu'un état dépressif diagnostiqué par un généraliste, ou pire par un hépatologue, est-ce qu'on peut passer directement du diagnostic au traitement antidépresseur sans passer par la case psychiatre ?

Dr Lang :
Je pense que dans le cadre de la prise en charge globale il serait primordial de travailler ensemble. Mais que les uns et les autres soient formés sur le travail des uns et des autres. Parce que dans le cabinet du psychiatre il arrive que l'on me pose des questions d'un point de vue hépato et je repère des choses potentiellement dangereuses qui font que j'appelle l'hépato et qu'on réussit à réagir vite. Ce serait vachement bien que les hépatos soient un minimum formés sur certaines choses dans le repérage et puissent alors adresser. Je pense qu'on ne fonctionnera bien que comme ça. Le problème n'est pas la disciplinarité, la multidisciplinarité. Et ce n'est pas de prendre rendez-vous avec quelqu'un qu'on connaît trois semaines après ou trois semaines avant. C'est cette espèce de souplesse, de cadre cohérent, de facilité de joindre les gens lorsqu'on trouve quelque chose de suspect et qu'on estime qu'un patient est en danger.
Je pense qu'un hépato formé est susceptible de pouvoir repérer un état dépressif, de débuter un traitement, à condition qu'on se décide à faire des guidelines cohérents et qu'on arrête de sortir des trucs qui me paraissent dangereux. Le dernier truc récent que j'ai vu c'est de balancer du Solian chez les troubles affectifs. Je suis désolé, mais je trouve ça dingue. Que des papiers sortent, et qu'on demande actuellement que des médecins hépatos soient susceptibles et aient la liberté de pouvoir prescrire un neuroleptique, non indiqué dans les épisodes maniaques, pour des hypomanies. Je trouve ça dingue. Mais c'est de notre faute. On n'a qu'à faire les études, on n'a qu'à sortir des guidelines. Parce que ça c'est dangereux. Dans un premier temps, je pense qu'il faut agir au niveau des antidépresseurs, des anxiolytiques.
Pour répondre à ta question, oui : je suis intimement convaincu qu'une formation en psychiatrie pour les troubles affectifs dus au virus de l'hépatite C, ça représente un week-end de formation pour les hépatos.

Dr Rémy :
La question était sous-tendue par le fait que pour le patient lambda l'accès aux psychiatres libéraux c'est trois mois d'attente, et aux psychiatres de secteur…Et si cela ne se passe pas bien avec le psychiatre attribué à son secteur, c'est fini.

Dr Lang :
L'objectif ministériel actuellement étant d'ordonner aux coordinateurs des pôles de référence de s'attacher les services d'un psychiatre coordinateur de soins. Que ce psychiatre serve de référence et soit responsable de l'organisation des soins par rapport à ces patients. Il est inconcevable aujourd'hui de démarrer un traitement antiviral chez quelqu'un sans qu'il ait au moins l'adresse de quelqu'un de compétent dans ce domaine à pouvoir rencontrer. C'est inconcevable quand on est actuellement dans la méconnaissance totale par rapport aux facteurs à risque de

troubles dépressifs, de troubles affectifs, de troubles psychiatriques sous traitement. Parce qu'il n'y a rien. Et dans le mode de fonctionnement des guidelines par rapport à la gestion des ces traitements. C'est l'effet secondaire le plus dangereux qu'il y ait.

Dr Rémy :
Donc on échange un week-end de psychiatrie pour les hépatos contre un week-end d'hépato pour les psychiatres ?

Dr Lang :
C'est ce que j'essaie de négocier actuellement avec l'industrie pharmaceutique. C'est effectivement de faire pour les hépatos que ça intéresse des week-ends de formation où en un week-end, je vous assure, vous gérez huit cas sur dix de vos troubles affectifs !

Dr Rémy :
Parce que paradoxalement, pour m'intéresser beaucoup aux prisons, c'est là où l'on a le plus facilement accès au psychiatre.

Dr Lang :
Je suis complètement d'accord sur ces choses là. Il est évident que quand on est (même en prison) surveillé, qu'on a un service médical à disposition, qu'on a un SLPR à disposition, malgré toutes les difficultés que l'on peut avoir (en sachant tout ce qui se passe en prison) cela peut être un moment idéal de réflexion thérapeutique, indéniablement. Mais on a des connaissances communes qui nous font dire que ce n'et pas forcément ce qui se passe partout.

De la salle :
Comment tu différencies le rapport que tu as au malade en fonction de : hépatite B ou hépatite C ? Il me semble que les hépatites B et C sont de nature très différente, ne serait-ce qu'au niveau des modes de contamination. Il me semble que l'hépatite B est une maladie particulière sur laquelle le regard des gens est différent, qui fait que le regard du malade lui aussi va être différent.

Dr Lang :
Je fais référence à un travail de Patrick Marcelin que j'ai pu voir à Boston, et les hépatos pourront me corriger bien volontiers. Sur deux situations extrêmement comparables dans la gestion du traitement hépatite B et hépatite C, il démontre qu'il y a plus de troubles affectifs dans l'hépatite C et plus de troubles cognitifs dans l'hépatite C, avec deux situations comparables mais deux virus différents.

Dr Hilleret :
Il y a aussi des études de qualité de vie chez des patients non traités et traités ensuite. On voit la population des patients porteurs d'hépatite B et d'hépatite C complètements différentes. Tant dans la qualité de vie sans traitement que dans la qualité de vie sous traitement. Avec pourtant des posologies plus fortes d'Interféron dans l'hépatite B que dans l'hépatite C.

Dr Lang :
Le commentaire est le même en hémato. Ils utilisent de l'Interféron par kilos pendant des années ; Et la question Interféron/troubles dépressifs se pose véritablement de manière majeure depuis l'hépatite C. Même s'ils voient des troubles dépressifs. Mais il y a quelque chose, indéniablement, avec l'hépatite C.

Michel Bonjour :
Il n'y a pas si longtemps on avait un adhérent qui avait 9 millions d'unités 5 jours par semaine pour une hépatite B, depuis deux ans. Et c'était très différent de ce qu'on prenait nous.

De la salle :
Comment différencier épuisement physique et dépression pour le malade quand il n'a vu personne ?

Dr Lang :
C'est extrêmement simple. La différence entre le normal et le pathologique, c'est quand les sentiments que vous vivez commencent à avoir un retentissement majeur sur votre vie sociale, familiale et professionnelle. Cela veut simplement dire que si vous commencez à être épuisé, à pleurer pour un rien, à être irritable, à modifier votre comportement, à être extrêmement sensible devant tout et n'importe quoi, vous avez un pied et demi dans quelque chose du registre du trouble affectif qui nécessite d'être traité.
Quand je dis qu'une personne sur deux sous interféron dans le cadre de l'hépatite C va nécessiter d'un traitement, par un traitement psychotrope, je ne pense pas exagérer. Entre les calmants, les hypnotiques et les antidépresseurs… Je ne me permettrais jamais d'aller prescrire un médicament antihypertenseur. Je ne me permettrai jamais d'aller prescrire d'autres médicaments. Je ne vois pas pourquoi cette prescription non informée, non formée, pourra être réalisée par d'autres médecins. Qui vont prescrire du Tranxène, du Valium, des médicaments en estimant qu'ils se ressemblent tous. Et je peux vous assurer que si en psychiatrie on a autant de médicaments, c'est qu'on en a besoin et qu'ils sont tous terriblement différents.

De la salle :
Si un malade n'est pas traité s'il a une dépression, est-ce que cela peut continuer après le traitement, même si le virus a disparu?

Dr Lang :
A partir du moment où vous faites une dépression, et peu importe la cause, au niveau de votre cortex préfrontal ça commence à fondre ; au niveau de votre amygdale ça devient tout rouge ; au niveau de votre hippocampe ça fond. Quelle que soit la cause. Ces lésions neurologiques vous rendent sensible à toute émotion, à toute situation dans le futur. Quinze jours d'état dépressif augmentent de 1% un risque de rechute ou de récidive dans le temps.
Faire trois épisodes dépressifs, c'est avoir 90% de rechute dans les 5 ans. Des dépressions chroniques dans le temps, c'est augmenter par 2 vos risques de démence dégénérative, je pense à la maladie d'Alzheimer.
Il est clairement démontré actuellement que la dépression entraîne des lésions neurologiques qui sont réversibles sous traitement. C'est incontournable. Donc il faut qu'on arrête de parler de la faiblesse de chacun, de la force de chacun, qu'avec deux coups de pied dans le cul on va réussir à s'en sortir, et qu'en faisant un peu de sport et en mangeant normalement tout ira mieux.

Pascal Melin :
Est-ce que tu ne crois pas que tu amènes de l'eau au moulin au mouvement hépatologique français qui consiste à dire actuellement : on met tout le monde sous antidépresseur avant de commencer le traitement, et on ne se pose pas de question. Ça me fout les jetons parce qu'aujourd'hui on dit à tout le monde « bouffez des antidépresseurs, on met de l'interféron après ». Donc du coup on se croit en sécurité. Et ce que j'entends là me fait dire : si ça sort d'ici et si des malades vont répéter ça à leur hépato, on va vouloir mettre tout le monde sous antidépresseur à titre prophylactique.

Dr Lang :
Première étape il y a 5 ans : faire comprendre que la psychiatrie devait être incontournable. Deuxième étape : faire comprendre que le traitement antidépresseur préventif n'est pas la pilule miracle. Que ce n'est pas à l'hépato de le prescrire. Qu'un traitement antidépresseur implique des indications, des informations qui l'accompagnent. Si on fait un guidelines précis sur les antidépresseurs : lesquels, quand, comment, en disant quoi ? Et que de toute façon on arrive à standardiser une prescription. Et que cette standardisation permet de régler les choses six fois sur dix. Et que sur les 4 autres situations on arrive à avoir un organisateur et un coordinateur qui dans les 8 jours voit le patient pour réorganiser les choses, cela ne posera aucun souci. Maintenant si on rentre dans la prescription libre d'antidépresseurs sans compétences, sans formation, sans connaissance des médicaments, on va droit dans le mur et on sera sans doute beaucoup plus dangereux comme ça qu'il y a 5 ans.

Pascal Melin :
Quelle doit être la place de Sos Hépatites là-dedans ? Comment est-ce qu'on peut t'aider ?

Dr Lang :
En répétant ce que je viens de vous dire. Il me semble que nous sommes régulièrement l'un à côté de l'autre sur beaucoup de choses dans de nombreuses réunions où ces mêmes propos sont tenus. Et on arrive petit à petit à ce que les choses changent. Et si on pouvait arriver à terme à ce que chaque pôle de référence ait un psychiatre coordinateur des soins, avec une équipe de psychologues, d'autres psychiatres pour gérer les choses, ça se passera très bien, ou beaucoup mieux. Mais tant que ce n'est pas obligatoire on n'ira pas, nous les psy.

Dr Gournay :
Je voudrai simplement faire une remarque, qui est un peu redescendre sur terre. Parce que quand j'ai commencé à m'occuper d'hépatite virale, j'avais un collègue qui s'en occupait avant moi qui exigeait que tous les patients qui avaient commencé un traitement (c'était l'interféron standard seul) voient un ophtalmo et un psychiatre. Déjà là il y en a pour 6 mois. Le problème, c'est l'accès. Est-ce qu'il faut envisager une évaluation systématique avant et pendant ? Concrètement je demande au patient s'ils ont déjà eu des problèmes de dépression, s'ils ont déjà pris des antidépresseurs, et s'ils ont déjà vu un psychiatre. Et s'ils ont déjà vu un psychiatre je leur conseille d'aller le revoir avant de commencer. En dehors de ça, que faire ?
Il faut quand même se fixer des limites, des indications en tenant compte de la réalité : aujourd'hui quand on envoie un patient à un psychiatre on a des délais très longs et souvent on n'a pas de réponse très claire à la question qui est posée. Il ne faut pas poser la question « est-ce que je peux traiter le patient ? », mais « J'ai l'intention de commencer un traitement antiviral, est-ce que c'est le bon moment ? Si ce n'est pas le bon moment, quand est-ce que ce sera le bon moment ? Et est-ce qu'il y a des mesures à prendre pour que ce moment arrive. »

Dr Lang :
Je suis complètement en accord sur tout ce que tu viens de dire. Je reste extrêmement perplexe sur le fait que des psychiatres de service public qui s'occupent de toxicomanes, qui s'occupent de services d'urgence, qui s'occupent de dépression dans des hôpitaux généraux, n'aient pas cette spontanéité, cette liberté et cette capacité à recevoir les gens. Je suis chef de service dans un hôpital, j'ai 70 lits, j'ai deux hôpitaux de jour…Comme je dis souvent j'ai une femme tyrannique qui ne supporte pas que je rentre après 7 heures. Je pars en vacances quelquefois. Mais cela dit je ne passe pas 15 heures par jour au travail, et mon travail dans l'hépatite C me prend une demi-journée par semaine. Avec une disponibilité téléphonique. Quand je disais « Est-ce qu'on peut

travailler avec un psychiatre ? » le système existe sur Strasbourg depuis 8 ans. Je travaille avec le CISI de la région depuis 3 semaines. Donc quand on dit qu'on ne peut pas travailler avec un psychiatre, quand je dis que c'est double sens, c'est largement double sens. Même avec un système qui marche, c'est difficile pour tout le monde de travailler en groupe. Je travaille depuis 8 ans sur Strasbourg par rapport à ça : il me semble que le service avec lequel je travaille n'a pas fait de nombreux travaux par rapport à cette histoire depuis.
La question est à double sens, pas uniquement en notre défaveur. Néanmoins, des psychiatres qui font de l'addiction il y en a partout, il n'y a pas de raison. Il faut m'expliquer comment on peut s'occuper de toxicomanie sans s'occuper d'hépatite C. Pour moi c'est incompréhensible quand on voit le bénéfice que peut apporter une prise en charge thérapeutique à de tels patients, dans des contextes de comportements addictifs. Certes on est une race en voie de disparition, cela dit je trouve qu'on se cache pas mal et que tant qu'on ne nous bottera pas les fesses et qu'il n'y aura pas quelque chose d'écrit, on n'ira pas. Alors qu'on doit y aller : il n'y a aucune maladie en France qui n'ait cette situation.

Michel Bonjour :
Nous sommes dans la même commission au Comité Stratégique à la DGS. Les hépatos qui y sont sont quand même un peu convaincus de la nécessité. Et j'espère bien qu'on va arriver dans cette commission sur le suivi à dire qu'il faut qu'il y ait des textes, qu'il faut que les réseaux aient de gens à leur disposition. Il va falloir que l'Etat se mouille.

Dr Lang :
Cette histoire de « On manque de psychiatres » est un arbre qui cache la forêt et c'est un faux problème. Quand on voit que 15% des coinfectés sont traités et que 90% de ces gens sont des malades usant de produits psycho actifs, on a exactement l'endroit où ça déconne en France. C'est la première cause de décès non sida ! C'est incompréhensible qu'il n'y ait pas quelque chose qui se fasse là-dedans.
Arrêtons ! Dans chaque pôle de référence il y a un psychiatre coordinateur. On met une équipe qui gère ça et l'affaire est réglée. Et je peux assurer qu'en deux jours de formation on règle 8 situations sur 10.

De la salle :
Dans quel cas il y a interdiction ou non possibilité d'administrer l'interféron ?

Dr Lang :
Il n'y a aucune contre indication véritable psychiatrique. Contre indication, cela veut dire qu'on ne donne jamais de traitement. Cela ne veut pas dire que pour l'instant la situation n'est pas accessible à un traitement : notre boulot c'est de la rendre accessible à un traitement et c'est déjà traiter. En tout cas c'est déjà prendre en charge.
S'il y a une pathologie qui à mon avis est super casse-gueule, ce sont les troubles maniaco-dépressifs. Où on va avoir de très grosses surprises, l'interféron entraînant des dépressions, des virages maniaques, accélérant les cycles, rendant sans doute résistant au traitement régulateur de l'humeur. Mais j'ai vu des patients schizophrènes passer au travers d'un traitement les doigts dans le nez. Et j'ai vu de jeunes mamans névrosées de 50 ans être au fond du trou sans aucun problème psychiatrique préalable et après 15 jours de traitement.
L'avis consultatif alibi est un non sens. L'organisation d'un suivi et la question de la consultation systématique se pose.
Si moi je suis atteint d'une maladie chronique, on me dit : « une fois sur deux, tu risques de faire un trouble affectif qui va entraîner la prescription d'un traitement psychotrope. Est-ce que tu

aimerais déjà voir le médecin que tu risques de voir en urgence quand ça n'ira pas bien ? » Moi, j'y vais.

De la salle :
Il y a combien de psychiatres qui sont intéressés comme vous par ce sujet ?

Dr Lang ;
On n'a pas à être intéressé : c'est de la santé publique. En privé, on peut être intéressé par tout ce qu'on veut. Quand on est psychiatre public, on est intéressé par la santé publique.

De la salle :
Chez nous, on a un service d'addictologie qui ne s'intéresse pas particulièrement au traitement de l'hépatite C. Cela représente 50 à 60% des services d'addictologie !

Dr Lang :
Que des addictologues qui font de l'alcool, du tabac, de l'héroïne, avec probablement un patient sur deux qui a une sérologie positive à l'hépatite C ne soit pas intéressé par le VHC, quand on connaît le bénéfice d'une prise en charge dans ce domaine !

De la salle :
Si on tient compte des modes de contamination, peut-être que dans 20 ans les compétences en addictologie, en hépatologie, en beaucoup de choses vont être plus compliquées. Comment vous sentez la situation ?

Dr Lang :
Je pense qu'on se fait beaucoup de montagnes de choses qui n'en sont pas. Nos croyances nous protègent énormément. On se met plein d'arbres qui cachent la forêt et les choses sont sans doute beaucoup plus simples qu'on ne croit. Le tout c'est qu'un décisionnaire pose la décision.

De la salle :
Je le dis autrement. Beaucoup de psychiatres du secteur non public vous disent « Je ne sais pas traiter la toxicomanie, envoyez les à des spécialistes ». Le secteur public aura du mal à faire face tout seul aux prochains malades qui vont arriver en VHC. Si on arrive à vous les adresser, est-ce que vous pensez que vous allez pouvoir faire bouger la situation ?

Dr Lang :
Je pense qu'il est nécessaire que la situation bouge, qu'il n'est pas nécessaire d'attendre le raz de marée avant de mettre les digues. Cela fait des années et des années qu'on dit qu'il faut anticiper. Que l'anticipation dans le concept philosophique et psychiatrique c'est le fil rouge de l'existence. Quand on peut planter des amarres pour ce qui va se passer dans 15 jours, on va mieux ; quand ces amarres on ne les plante plus on ne va pas bien, on va à la dérive. Si on n'anticipe pas, on va être dans la merde. Et il y a tous les éléments pour anticiper, TOUS : il suffit de prendre la décision.

De la salle :
Je me suis intéressée à la toxicomanie parce qu'un de mes enfants a eu une période toxicomane. En fait je me rends compte que les professionnels de la toxicomanie sont comme des parents. Quand les parents viennent à l'association, ils disent « mon dieu, mon fils a pris un produit, il est toxicomane ». Comme je leur dis, c'est un choix qu'il a fait et nous derrière il faut qu'on l'aide en s'occupant de sa santé mais en ne lui faisant pas de la morale. Et je crois que certains

psychiatres s'intéressent trop au produit, au relationnel avec le produit et ils oublient tout le reste. Moi je ne parle plus de toxicomanie, je parle de la santé, du pourquoi et du comment, de la vie de tous les jours. Et le jour où il s'est senti tellement mal il a lui aussi pris en main sa toxicomanie pour s'en sortir. Le jour où on ira dans ce sens on s'en sortira. Mais pour l'instant dans le privé, dès qu'on dit « toxicomanie », ils n'en veulent pas. J'ai vu un médecin qui avait dans la salle d'attente un toxicomane le faire sortir, ne pas le prendre.

Dr Lang :
La prévalence du VHC dans la population est de 1 à 2%. Chez les gens qui souffrent de troubles mentaux au sens large c'est 7 à 8%. Donc chez des gens qui font du service public, qui ont 70 lits, il y a 8% de leurs patients hospitalisés qui sont atteints du VHC. Moi, en tant que chef de service, cela me pose des questions. Avoir 8% de mes patients hospitalisés et suivis atteints d'un virus transmissible et curable, cela m'inquiète si je ne fais rien.
Pour la toxicomanie, on est en train de considérer qu'un patient sur 4 ayant un comportement et un mésusage des opiacés aurait un trouble grave de la personnalité de type psychose. On sait aussi pertinemment que la consommation de produits modifie la clinique psychiatrique des syndromes psychiatriques classiques. Et derrière beaucoup de comportements de toxicomanie il y a une première rencontre précoce avec un produit dans un contexte de maladie. Le jour où on se posera la question comme ça et où ceux qui s'occupent de toxicomanes cesseront de vouloir tout faire de manière isolée en s'acharnant avec une assistante sociale, un psychologue, un médecin généraliste dans des microstructures sans avis psychiatrique. A dire « je vais vous enlever votre Subutex, il faut faire un sevrage » et à balancer du Valium, du Noctran, du machin, etc., on ira vachement mieux. Et à vouloir à tout prix arrêter le traitement de substitution pour que le patient se mette à picoler !
Dans les gens qui ont cette maladie et qui sont traités et qui ont des comportements addictifs : 8 patients sur 10 ont déjà vu au moins une fois un psychiatre. Si ce psychiatre qu'il a au moins vu une fois avait fait son travail, les choses seraient peut-être différentes. De toute façon on tombe dans un bureau de psy. L'important c'est d'y aller et que celui-ci fasse quelque chose d'intelligent et d'intelligible. La consultation elle y est : le tout est de savoir ce qu'on va en faire.
Pour reprendre l'exemple sur Strasbourg, cette prise en charge existe depuis 8 ans. Il y a une maison d'arrêt où j'ai téléphoné dans le cadre d'une étude. Il y a un SMPR, il y a un UCSA. Est-ce qu'on peut faire une étude sur l'ensemble des prisons sur savoir comment ça se passe sur l'hépatite C ? Ils m'ont dit « Pas la peine, ici on ne traite pas ». Comme quoi on a beau avoir un réseau qui fonctionne, ce n'est pas pour autant qu'on va travailler avec !

De la salle :
Une remarque sur le contexte d'actualité et la vague qu'on essaye de prévenir. Actualités qui viennent de la Mission Rêve Médecins du Monde qui fait des interventions dans le milieu techno. Mi-août a lieu traditionnellement un des gros Technivals en France, qui regroupe environ 50 000 usagers, moyenne d'âge 25 ans. Deux intervenants qui ont travaillé pendant 5 jours sur ce Technival, à faire ce qu'on appelle de la réassurance : des usagers de drogue qui tout à coup se sentent mal peuvent trouver auprès de ces personnes un soutien dans un contexte éventuellement médicalisé. Ces deux intervenants nous ont signalé qu'en 5 jours, chaque jour ils ont eu 4 demandes d'initiation à l'injection, venant de mineurs. 4 mineurs par intervenant, tous les jours pendant 5 jours.
Dans le milieu techno, on a eu une génération qui jusqu'à aujourd'hui était prévenue des risques de l'injection, et plutôt opposée à l'injection. La nouvelle génération, moins de 25 ans, commence à être séduite par l'injection. La réaction des instances de Médecin du Monde a été de dire : on ne peut pas légalement initier quelqu'un à l'injection. Je pense que ce n'est pas ça le débat. Le débat,

c'est : on passe deux heures avec cette personne, à commencer à lui donner tous les conseils de prévention liés à l'injection qu'il fera certainement la semaine suivante dans la cave du coin.

Dr Lang :
Quand on est dans une situation de ce registre, les gens, peu importe l'âge qu'ils ont, prennent la liberté de faire ce qu'ils ont envie. Malheureusement, on peut faire ce qu'on veut on aura du mal à agir dessus. Par contre effectivement accompagner la réflexion de la démarche ou de l'initiative par de l'information réelle, permettra peut-être de prendre une décision différente. Parce qu'on est parti sur une décision prise sur des croyances et on va raisonner sur du savoir. Que des gamins commencent du cannabis à l'école parce qu'ils pensent que c'est moins grave que fumer du tabac, ça me gave aussi. Il ne s'agit pas de faire de l'initiation, il s'agit de décourager les gens avec des informations réelles qui leur permettront sans doute de modifier leur décision, plus que de leur interdire. Si l'interdiction fonctionnait, ça se saurait !