

LETTRES À LA RÉDACTION

Addiction et diminution de la consommation : de l'épidémiologie à l'Evidence Based Medicine. En réponse à l'article de F. Limosin



Addiction and reduction in consumption: From epidemiology to evidence based-medicine. In response to F. Limosin article

Limosin démontre avec justesse la dissociation dans notre pays entre la gravité du mésusage de l'alcool et une offre de soins non adaptée ; toutefois le chapitre sur « les bénéfices attendus d'une diminution de la consommation » nécessite des commentaires [1].

Certes, en termes de santé publique, au niveau d'une population, une réduction, même faible, de la consommation d'alcool entraînera une baisse de la morbidité ou de la mortalité. Comme c'est le cas pour la consommation de sel [2].

Mais qu'en est-il chez les malades de l'alcool ? Un malade dépendant peut-il réduire sa consommation et réduire la morbi-mortalité liée au produit ? Limosin semble le penser et pour cela, il cite deux études cliniques mais leurs conclusions ne vont pas dans son sens [1,3,4]. D'une part, la première étude ne concerne pas des malades alcoolo-dépendants comme Limosin l'indique mais des buveurs excessifs, ce qui est une situation différente [3]. D'autre part, la conclusion de la seconde étude, concernant bien des sujets alcoolo-dépendants, est toute différente de ce qu'indique Limosin : « Sur le long terme, l'abstinence est l'issue la plus fréquente et la plus stable, associée à moins de problèmes et un meilleur fonctionnement psychosocial. La consommation contrôlée est rarement atteinte et maintenue » [4].

Le paradigme de la réduction des risques en addiction est bien établi quand il s'agit par exemple de réduire le risque infectieux chez un toxicomane. La réduction des risques par la réduction de la consommation est un mythe récent. Il date

de 1973, mais le suivi prolongé de la cohorte a montré que ce concept n'avait pas lieu d'être [5]. Depuis, les études sur la réduction de la consommation n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité, comme le confirme une revue *Cochrane* [6].

Pourquoi ce concept de réduction de la consommation chez des malades dépendants a-t-il tant la faveur de certains ? Certes, la prise en charge de ces malades nécessite du temps et de l'empathie et pour beaucoup l'abstinence semble un objectif inaccessible. Faut-il pour autant accepter des croyances erronées ? Que penserait-on si les nutritionnistes proposaient de réduire la consommation de pizza et de chips pour réduire la morbi-mortalité de l'obésité morbide ? Il faut accompagner les malades et les mener, pas à pas, de manière adaptée à leur rythme, vers la guérison. Promouvoir des concepts non démontrés ne peut être qu'inefficace et même délétère.

Alcoologie et Evidence Based Medicine semblent faire mauvais ménage. Aux États-Unis, la qualité des soins pour les malades de l'alcool est la plus basse de toutes les prises en charge : seulement 10,5% des malades reçoivent des soins adaptés [7]. Pour la France, souvenons-nous que le méprobamate était le médicament le plus utilisé chez ces malades à la fin des années 2000, aussi bien par les généralistes que les spécialistes, c'était là une exception française [8].

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Limosin F. Mésusages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie. *Encéphale* 2014;40:129–35.
- [2] Hendriksen MA, Hoogenveen RT, Hoekstra J, et al. Potential effect of salt reduction in processed foods on health. *Am J Clin Nutr* 2014;99:446–53.
- [3] Kristenson H, Ohlin H, Hultén-Nosslin MB, et al. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24–60 months of long-term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983;7:203–9.

- [4] Gual A, Bravo F, Lligoña A, et al. Treatment for alcohol dependence in Catalonia: health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol Alcohol* 2009;44:409–15.
- [5] Penderly ML, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science* 1982;217:169–75.
- [6] Muckle W, Muckle J, Welch V, et al. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD006747.
- [7] McGlynn E, Asch S, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635–45.
- [8] Collectif Meprobamate: still approved in France: labelling change. No role for meprobamate, in any indication. Safer options are available. *Prescrire Int* 2008;17:108.

A. Braillon

Hôpital Nord, place Victor-Pauchet,
80054 Amiens cedex, France

Adresse e-mail : braillon.alain@gmail.com

Disponible sur Internet le 4 novembre 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.10.004>

Et si on prenait l'activité physique au sérieux en psychiatrie ?



What if we seriously consider exercise in psychiatry?

L'activité physique (AP) a un rôle majeur dans le domaine de la santé publique. Or, celle-ci semble peu prise en considération dans le cadre des soins en psychiatrie. Historiquement, plusieurs initiatives incluant l'AP parmi les traitements ont vu le jour dans des établissements, mais l'AP n'a pas aujourd'hui une place à part entière dans les prises en charge pluridisciplinaires en psychiatrie [1].

Basées sur la médecine factuelle, de nombreux essais randomisés contrôlés (ERC) ont testé les effets de l'AP chez des personnes touchées par des troubles mentaux sévères. Les interventions évaluant l'AP sont diverses dans leurs formes (e.g., recommandations durant un entretien, séances supervisées bihebdomadaires durant plusieurs semaines), leurs objectifs (e.g., amélioration de la symptomatologie négative, gestion du poids) et leurs contextes (e.g., AP seule, associée à des psychothérapies, associée à une psychothérapie). En d'autres termes, les effets de l'AP sont explorés dans le domaine de la psychiatrie selon deux axes : les troubles mentaux sévères incluant le spectre de la pédopsychiatrie à la gérontopsychiatrie et la prévention secondaire-tertiaire chez les sujets touchés par des troubles psychiatriques.

La recherche clinique apparaît plus développée pour certains troubles. Les troubles dépressifs [2], schizophréniques [3] et la dépendance à des substances [4] demeurent les plus étudiés. Ainsi, plusieurs méta-analyses concluent à un effet modéré de l'AP sur les troubles dépressifs (dépression mineure, dysthymie, épisode dépressif majeur) [2]. Les interventions qui évaluent diverses modalités d'AP chez des sujets touchés par un trouble du spectre autistique montrent des résultats encourageants [5].

En parallèle, des études interventionnelles voient le jour afin d'explorer la faisabilité et les effets d'interventions basées sur l'AP sur d'autres troubles : troubles de l'attention et de l'hyperactivité [6], troubles bipolaires [7], troubles obsessionnels compulsifs [8] ou la dépendance aux jeux [9].

La prévention des troubles somatiques et des maladies chroniques chez les personnes touchées par un trouble mental reste un enjeu majeur car ceux-ci minorent leur qualité et espérance de vie. Or, la pratique d'une AP limite l'apparition de facteurs de risques et participe, par exemple, à la diminution du périmètre abdominal et du taux d'hémoglobine glyquée. À titre d'exemple, un ERC paru dans le *New England Journal Medicine* souligne qu'une intervention couplant éducation thérapeutique et AP supervisée entraîne une perte de poids significative à moyen terme chez des adultes touchés par des troubles mentaux sévères [10]. Toutefois, il existe peu de recommandations de prévention des troubles cardiovasculaires ou du syndrome métabolique qui traitent précisément de l'AP [11]. De plus, les analyses secondaires d'ERC suggèrent que l'AP pourrait avoir des effets bénéfiques supplémentaires sur la sexualité [12] ou le sommeil perçu [13].

En dépit des potentiels bénéfiques de l'AP pour les personnes touchées par des troubles psychiatriques, l'AP semble peu développée dans les prises en charge, autrement que sous une forme occupationnelle. Plusieurs études soulignent les barrières au développement de l'AP en psychiatrie comme le manque de temps, de connaissances des soignants [14] ou la faible motivation des patients [15]. Cependant, il reste important de noter que le facteur prédictif majeur de la promotion de l'AP par un soignant reste son niveau d'AP personnel [16].

En conclusion, l'AP devrait être envisagée comme faisant partie de l'arsenal thérapeutique ou comme un traitement adjuvant pour plusieurs troubles psychiatriques. Le développement de l'AP en psychiatrie pourrait reposer sur l'inclusion de professionnels formés spécifiquement comme les enseignants en activités physiques adaptées au sein des équipes de soignants. En termes de recherche, la mise en place d'ERC multicentriques en France évaluant l'efficacité de l'AP sur la santé de personnes touchées par des troubles mentaux sévères reste un enjeu futur majeur.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Arveiller JP. Activités physiques et psychiatrie : un mariage non consommé. *Rev EPS* 2006;36–40.
- [2] Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Med* 2009;39(6):491–511.
- [3] Bernard P, Ninot G. Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie : revue systématique de la littérature. *Encéphale* 2012;38(4): 280–7.
- [4] Ussher, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1:CD002295.