

# La Lettre



NUMÉRO 74 – octobre à décembre 2010

BULLETIN DE L'UNAFAM PARIS

## Sommaire

<b>DOSSIER</b>	<b>ADDITIONS</b>
<b>Comorbidité : à la recherche de points de repère</b>	<b>2</b>
<b>Le mot du P<sup>r</sup> G. Lagrue, Tabacologue</b>	<b>4</b>
<b>Moi et la cigarette</b>	<b>5</b>
<b>Entretien avec le D<sup>r</sup> P. Batel, Alcoologue</b>	<b>6</b>
<b>Rencontre avec les Alcooliques Anonymes (AA)</b>	<b>8</b>
<b>Le D<sup>r</sup> M. Valleur nous parle du Centre Marmottan</b>	<b>10</b>
<b>Faire face au cannabis</b> <b>Entretien avec le D<sup>r</sup> P. Nuss</b>	<b>14</b>
<b>Comorbidité : Pour une prise en charge globale</b>	<b>16</b>
<b>TEMOIGNAGES</b>	
<b>Surmonter la dépendance à l'alcool</b>	<b>18</b>
<b>Mon fils va bien</b>	<b>19</b>
<b>VIE DE L'UNAFAM</b>	
<b>Quels rapports familles / psychiatres / patients</b>	<b>20</b>
<b>Après nous, que prévoir ?</b>	<b>21</b>
<b>INFOS STRUCTURES</b>	
<b>« Les Invités au Festin » ouvrent Une structure à Boulogne</b>	<b>22</b>
<b>L'association « Espérance Hauts de Seine fête ses 25 ans</b>	<b>23</b>
<b>VU, LU POUR VOUS</b>	
<b>Cerveau en construction</b> <b>« Vous n'aurez qu'à fermer les yeux »</b>	<b>23</b>

## éditorial

Avez-vous eu connaissance du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de prise en charge. (Modification de la loi n°90-527 du 27 Juin 1990 ?

Vous y trouverez, parmi l'exposé des motifs, quatre objectifs et en particulier le troisième qui porte rien moins que sur « le suivi attentif des patients pour leur sécurité et pour celle des tiers », dont l'aménagement est exigé par la consécration de la pratique des soins en dehors de l'hôpital.

On y rappelle que les divers événements dramatiques survenus ces derniers temps attestent de la nécessité de mieux encadrer les sorties des établissements de santé et d'améliorer la surveillance des personnes susceptibles de présenter un danger pour autrui. Cela nous interpelle pour plusieurs raisons :

D'abord parce que les journaux ne parlent que des crimes commis par des personnes qui sont connues des services psychiatriques. Pourtant La dangerosité des malades ne repose sur aucune donnée scientifique : ils sont très peu nombreux (3 ou 4 face aux 682 crimes recensés en 2009). Pourquoi ?

Ensuite parce que nos malades sont des victimes, dont nous ne devons jamais oublier les souffrances. Particulièrement vulnérables, ils ont ressenti comme des maltraitances leurs difficultés à s'intégrer en milieu social ou scolaire. Leur entourage critiquait leur faiblesse de caractère, leur manque de volonté ou leur paresse. Leurs fragilités n'ont pas été reconnues suffisamment tôt. Or on sait que, souvent, ces souffrances accumulées peuvent les rendre violents.

Dans un article récent, trois psychiatres de nationalités différentes, L. Ciompi, Courtenay M. Harding et K. Lehtinen, considèrent qu'il est dramatique, surtout en matière législative, de ne pas prendre en compte le fait que l'état des schizophrènes s'améliore dans un nombre considérable de cas. Ils estiment en particulier que l'incarcération, en Suisse, d'un malade schizophrène est la conséquence d'une erreur de pronostic.

Ces chercheurs constatent en effet que les résultats convergents de onze études menées depuis 20 ou 30 ans dans le monde entier montrent une amélioration de l'état de santé des schizophrènes dans 46% à 68% des cas si toutefois on leur en fournit l'opportunité.

De plus, ils insistent sur le fait qu'il n'est jamais possible de prédire l'évolution de la maladie car il n'existe aucun indicateur personnel fiable et il n'y a pas non plus de marqueur biologique. En revanche l'impact des facteurs environnementaux est bien établi (occasions de réhabilitation, attitude positive de l'entourage, psychoéducation familiale).

Autrement dit nous voulons des moyens pour que la recherche nous fournisse des indicateurs permettant de déceler le plus tôt possible les vulnérabilités.

Nous voulons des moyens humains et matériels pour favoriser la prévention ainsi qu'une meilleure prise en charge sanitaire et sociale. Nous voulons que les gouvernements considèrent les maladies psychiques comme une priorité sanitaire.

Bien entendu nous refusons toute régression dans l'organisation des soins pour des raisons sécuritaires. Faisons confiance aux malades ils iront mieux.

*Chantal Roussy*

(\*) Vous le trouverez sur le site de l'Assemblée Nationale)

UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES PSYCHIQUES  
Reconnue d'utilité publique

101, avenue de Clichy 75017 PARIS

Tel 01 45 20 63 13 - Fax 01 45 20 17 79 - Email : 75@unafam.org

# Comorbidité troubles psychiques / addictions... A la recherche de points de repère

*Autant vous le dire tout de suite, nous avons abordé ici l'un des problèmes les plus difficiles qui soit dans notre confrontation quotidienne aux troubles de nos proches.*

*Nous avons voulu réunir ici pour vous les contributions de grands médecins tels que le Professeur Lagrue, Tabacologue, le docteur Batel, alcoolologue, le docteur Valleur du centre Marmottan et le docteur Nuss, spécialiste du cannabis qui, tous, s'accordent sur la difficulté inhérente au traitement simultané des deux affections.*

*Vous retrouverez également l'écriture réconfortante de Brigitte Hautefeuille qui nous aide encore à mieux comprendre ce qui se passe.*

*Mais avant de leur donner la parole, nous vous proposons ici de partir en repérage pour débroussailler le terrain.*



« Comorbidité » signifie double diagnostic sur une même période. Il est communément entendu en psychiatrie qu'elle correspond à la « cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique » (Organisation Mondiale de la Santé).

## Une situation extrêmement complexe

Il s'agit en réalité de l'un des casse-têtes les plus parlants de la psychiatrie. Autant reprendre l'adage : qui de la poule ou de l'œuf est arrivé en premier ? Difficile à dire. Origine des pathologies mentales ? Nul ne sait. Origine des addictions ? Nul ne sait. De nombreux chercheurs travaillent sur le sujet dans le monde depuis plusieurs décennies, mais cette problématique reste bien complexe, car l'usage de toxiques et les troubles psychiques s'imbriquent d'une telle façon que les différents cas de figures suivants peuvent se présenter :

- **Présence première d'un trouble psychique (naissant ou installé) puis développement ultérieur d'une toxicomanie** : dans ce cas, il est courant de considérer alors la conduite addictive comme étant de l'automédication pour atténuer les symptômes du trouble psychiatrique primaire (apaisement des tensions, recherche du plaisir, besoin de nourrir un narcissisme abîmé) ; la personne exprimant souvent un soulagement de sa souffrance psychique suite à la prise délibérée du produit. Cependant les troubles psychiatriques apparaissent ou réapparaissent indépendamment des périodes d'addiction.

- **Développement d'une toxicomanie qui a pour conséquence des complications psychiatriques menant éventuellement à un trouble psychique** : tous les professionnels travaillant auprès de toxicomanes constatent un dérèglement comportemental et cognitif chez ces personnes dû aux effets délétères des produits psycho-actifs. On parle alors de symptômes psychiatriques secondaires (tels que des états délirants, de l'anxiété, des affects dépressifs par exemple) plutôt que de pathologies mentales avérées. Est-ce qu'une drogue peut déclencher un trouble mental ? Si tel est le cas, les cliniciens pensent que c'est parce qu'il y avait déjà à la base une constitution psychique fragile que

la drogue permettra de révéler.

- **Diagnostics concomitants de toxicomanie et de trouble psychique** : ce cas est plus théorique que réel, car on peut se demander s'il peut exister une cooccurrence fortuite entre des pathologies d'une grande fréquence, comme une alcoolodépendance et des pathologies anxieuses, dépressives ou la schizophrénie par exemple.

A ces différentes comorbidités il faut ajouter possiblement des facteurs de vulnérabilité préexistants : environnementaux, bio-neurologiques, sociaux, etc. La plupart du temps les familles et les médecins se trouvent devant un fait accompli : une comorbidité évidente pour laquelle il sera difficile de démêler les symptômes de la pathologie mentale de ceux de l'addiction ; et cela d'autant plus que la symptomatologie clinique de cette comorbidité prend des formes tout à fait insolites, notamment lors des manifestations aiguës en phase de manque ou en phase de sevrage, du fait que les drogues sont de qualités très diverses et aléatoires et que les patients mélangent souvent les produits toxiques (cannabis + alcool + tabac + neuroleptiques). Il faut aussi reconnaître que la plupart des familles assiste impuissante au « déploiement » de cette comorbidité dès l'adolescence de leur enfant.

Il est donc important de préciser la chronologie d'apparition de ces troubles (symptômes primaires et secondaires) même si cet exercice est très difficile pour l'entourage. Certes on préférera que son enfant ou son conjoint soit plutôt toxicomane qu'atteint d'une psychopathologie, mais cette distinction est à faire pour pouvoir ensuite proposer les soins les plus adaptés.

## Segmentation des comorbidités

Généralement on trouve associés aux toxicomanies/addictions les troubles psychiques primaires suivants :

- **Trouble de la personnalité**

La prévalence de ces troubles est de l'ordre de 50 à 90%. Différents types de personnalités sont rencontrés, en majorité des personnalités antisociales (dénomination du DSM, restée en France sous le nom de psychopathes) et personnalités limites.

### • Troubles anxiodépressifs

La prévalence est ici également importante : 30 à 50%. Ces troubles regroupent de nombreuses et diverses pathologies : dépression, troubles anxieux, angoisse de séparation, stress post traumatique,...

### • Troubles bipolaires

On considère pour le type I une prévalence de 50% avec l'alcoolisme et de 40% avec des substances psychoactives. Ainsi les bipolaires de type I sont plus touchés que les bipolaires de type II, les maniaques plus que les dépressifs.

### • Schizophrénies et autres troubles psychotiques

La prévalence serait de l'ordre de 50%. On considère que 3 à 10% des personnes toxicomanes sont psychotiques. Tous les types de substances sont concernées : les opiacés ont un effet apaisant tandis que les psychostimulants un effet exacerbant. Concernant tout particulièrement le cannabis, sa consommation est de plus en plus fréquente dans cette population et s'explique entre autre par le fait qu'il permet une sorte de répit au vécu d'angoisse et de vide intérieur.

## Classification des drogues selon leurs effets

Fruit du « hasard » des mauvaises rencontres ou bien recherche d'effets spécifiques ? Il est important d'essayer de savoir pourquoi le patient s'adonne à tel produit plutôt qu'à tel autre. Cela peut éventuellement permettre de comprendre ce qu'il « soigne » par sa consommation. Ce point est nécessaire pour définir précisément sa souffrance et l'aider ensuite au mieux.

### • Les stimulants

Produits : tabac, cocaïne, crack, ecstasy, GHB (acide gamma-hydroxybutyrique ou drogue du viol), caféine (taurine, guaranine), médicaments stimulants (amphétamines et autres dopants).

Effets : ils favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation. Ils réduisent la fatigue. Ils induisent un sentiment d'assurance et de contrôle de soi. Ensuite ces effets sont souvent suivis d'un état d'épuisement et de dépression.

Conséquences : ils conduisent fréquemment à la dépendance psychique. A forte dose, ils peuvent mener à des conséquences graves : paranoïa, dépression grave, fatigue généralisée, accidents, prises de risques à tous les niveaux par surestimation de ses capacités.

### • Les perturbateurs

Produits : cannabis et produits dérivés, solvants et produits volatiles (colle), produits anesthésiques (kétamine), hallucinogènes, LSD, etc.

Effets : ils provoquent une perturbation de la perception de l'environnement et de la réalité, telles que modifications de la perception du temps et de l'espace, sensibilité exacerbée aux couleurs et aux sons.

Conséquences : à long terme, ils peuvent modifier durablement la personnalité du consommateur qui ne peut plus composer avec la réalité.

### • Les déresseurs

Produits : alcool, médicaments tranquillisants et somnifères (barbituriques, benzodiazépines), opiacés (héroïne, méthadone, codéine, morphine)

Effets : ils entraînent une sensation de détente et de rêve, ainsi qu'une perte d'inhibition.

Conséquences : ils conduisent fréquemment à la dépendance physique. A forte dose les conséquences peuvent être graves : arrêt cardiaque ou respiratoire, accidents divers par perte de vigilance et de contrôle de soi.

## Points d'accord

Un consensus se dégage sur les points suivants :

- 1° point d'accord : il n'existe pas de personnalité toxicomaniaque, même si l'on retrouve des particularités psychopathologiques communes. On dit que la toxicomanie est transnosographique.

- 2° point d'accord : la fréquence de cette comorbidité psychiatrique chez les patients toxicomanes est élevée, de l'ordre de 70 à 90% parmi ceux qui sont demandeurs de soins médicaux (il y a donc aussi ceux qui ne s'adressent pas aux professionnels des soins et pour lesquels nous ne pouvons pas établir de telles statistiques). Il est à noter que cette donnée est importante quant au pronostic ; en effet les patients toxicomanes ne présentant pas de troubles psychiques connaissent un meilleur rétablissement. Cela est confirmé à la fois par le corps médical (hôpitaux, CMP) et les associations parallèles telles que Alcooliques Anonymes, Enfance Sans Drogue, quels que soient les traitements utilisés.

- 3° point d'accord : l'importance de tenir compte des 2 pathologies et non pas de l'une ou de l'autre. Plusieurs raisons à cela : le traitement de la toxicomanie ne fera pas disparaître systématiquement le trouble psychique et vice versa. Les médicaments de substitution peuvent avoir des conséquences psychiques sur le patient (notamment au niveau de l'humeur dépressive) ; de même que les psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques et autres) ayant des effets secondaires désagréables pour les patients, peuvent les engager à rechercher des bienfaits compensatoires dans les produits toxiques illicites. Enfin il peut y avoir interférence entre les médicaments traitant d'une part la toxicomanie et d'autre part le trouble psychique, ou entre produits toxiques et psychotropes.

- 4° point d'accord : la banalisation des drogues, notamment du cannabis. Selon le Docteur Eric Corbobesse du Centre médical Marmottan, « l'addiction du XXI<sup>ème</sup> siècle concerne beaucoup plus de monde que la toxicomanie du siècle précédent ». A cela il faut rappeler que les produits toxiques illicites sont de plus en plus trafiqués, ce qui signifie que les patients ingurgitent des molécules aux effets extrêmement dangereux du fait de leur mauvaise qualité et des interactions inconnues entre les différentes molécules.

Dans ce dossier, nous allons essayer d'y voir un peu plus clair... en laissant la parole aux professionnels des soins.

Véronique Kowarz

# Le mot du Professeur Gilbert Lagrue, Tabacologue

*Le Professeur Gilbert Lagrue, Tabacologue à l'hôpital Albert Chevrier de Créteil fait partie des pionniers de la lutte contre le tabac, en France.*

*Initialement chef d'un service d'hypertension, il a entamé ensuite « par intérêt personnel » une deuxième carrière consacrée au tabac et, dans cette perspective, s'est formé en psychiatrie et en psychologie. Il a accepté de rédiger ce texte à l'intention des lecteurs de « La Lettre ».*



La cigarette est actuellement le mode d'usage du tabac le plus répandu (plus de 90 % des fumeurs), car la cigarette industrielle dont la fumée est douce et édulcorée, permet une inhalation profonde, et une absorption très rapide de la nicotine, et donc l'induction de la dépendance. C'est également le plus dangereux, car tous les toxiques de la fumée de tabac imprègnent alors l'organisme. Les complications graves liées au tabagisme constituent actuellement la principale cause de mortalité au cours des maladies psychiatriques graves et chroniques : cancers du larynx, du poumon, affections cardiovasculaires (infarctus du myocarde, artérite des membres inférieurs), bronchite chronique avec risque d'insuffisance respiratoire...

Ainsi, le tabagisme constitue un risque considérable et insidieux, car les complications liées au tabac ne se révèlent qu'au bout de 20 - 30 ans au plus.

**Les maladies mentales** sont un facteur très important de l'usage du tabac qui est 2 à 3 fois plus fréquent que dans la population générale. Le tabagisme est particulièrement important au cours de la schizophrénie, présent dans plus de 90 % des cas, avec une consommation élevée (plus de 20 cig/j) et une très forte dépendance. Les troubles bipolaires, (psychose maniaco-dépressive et autres formes), sont également une cause fréquente de tabagisme, pratiquement 2/3 des cas, et là encore avec un tabagisme très important et une forte dépendance. Les états dépressifs, surtout lorsqu'ils sont sévères, récidivants ou chroniques, s'accompagnent également d'un tabagisme préoccupant. Enfin, tous les syndromes anxieux sont eux aussi des facteurs favorisant pour le tabagisme.

On a pu calculer que le tabagisme des maladies mentales représentait à lui seul 1/3 de la consommation globale de cigarettes !

### Pourquoi cette situation ?

Les raisons en sont maintenant connues : la nicotine est douée de propriétés psychoactives multiples :

- plaisir plus ou moins intense, surtout dans les situations conviviales
- effet anxiolytique (gestion du stress) et antidépresseur (soutien pour le moral)
- action sur le contrôle du poids : la nicotine est un puissant coupe-faim et, pour un même travail, elle fait brûler davantage de calories
- la nicotine est un stimulant cognitif avec une action favorable sur la mémoire, la concentration intellectuelle, la vigilance
- elle a également une action anti-douleur.

Tous ces effets permettent d'expliquer la fréquence du tabagisme au cours des maladies mentales, car la nicotine permet d'atténuer certaines des manifestations de ces maladies, en particulier l'anxiété, la déprime...C'est une véritable automédication.

**L'usage du tabac interfère avec la pharmacocinétique** de certains médicaments. Il faut donc en tenir compte tout particulièrement lorsque le sujet cesse sa consommation. Tout ceci est bien connu au cours de la schizophrénie. Le fait de fumer peut atténuer certaines des manifestations de la maladie, en particulier l'anxiété et le trouble des fonctions cognitives. Il peut également réduire les effets contraires de certains neuroleptiques. Mais inversement, lors de l'arrêt ou des tentatives d'arrêt, la pharmacocinétique de certains neuroleptiques est modifiée, et les doses doivent alors être adaptées.

### Conséquences pratiques :

Conseiller à tous ces malades d'arrêter de fumer paraît donc rationnel, mais l'expérience montre que c'est extrêmement difficile.

Pour l'arrêt du tabac, 3 conditions successives sont indispensables :

- **la motivation personnelle** est l'élément essentiel ; or la motivation à l'arrêt dans toutes ces affections reste faible le plus souvent, car ces sujets ressentent instinctivement les bénéfices importants qu'ils retirent du fait de fumer. Ainsi s'explique le caractère fluctuant et incertain de leur motivation.
- **le sevrage** proprement dit repose sur l'utilisation des substituts nicotiniques, car le Bupropion et la Varénicline sont théoriquement contre-indiqués dans la plupart des maladies psychiatriques. Les substituts nicotiniques sont actifs à condition d'être utilisés à doses suffisantes et suffisamment longtemps. Or la dépendance tabagique de ces sujets



Parents : alerte au tabac et au cannabis :  
Pour aider vos enfants à ne pas fumer  
P<sup>r</sup> Gilbert Lagrue  
Broché, 19,90 €  
Odile Jacob

étant très importante, des doses très élevées, en fait inhabituelles, doivent être utilisées et de façon très prolongée.

- **un suivi** très prolongé est indispensable ; des aggravations des troubles mentaux peuvent survenir à l'arrêt du tabac, en particulier des états dépressifs. Également, les adaptations posologiques des traitements psychiatriques posent des problèmes difficiles.

Enfin, il faut souligner pour les schizophrènes, le risque de troubles métaboliques, en particulier, diabète, favorisé par certains neuroleptiques dits atypiques tel l'olanzapine.

### Une nouvelle stratégie

Tout ceci explique le faible pourcentage d'arrêt obtenu dans les tentatives de sevrage, tout particulièrement en cas de schizophrénie ou de maladie bipolaire. Les succès éventuels ne sont le plus souvent que transitoires.

Une situation particulière est celle des malades hospitalisés qui doivent arrêter, puisque depuis 2 ans le tabagisme est

légalement interdit dans les lieux fermés. Il est alors possible de leur proposer **une abstinence temporaire** (quelques heures) en utilisant les substituts nicotiques oraux : une gomme ou une pastille, ou quelques inspirations d'inhalateur permettent d'atténuer temporairement le besoin ou l'envie de fumer.

De même, il est possible de proposer à ces sujets **la réduction du risque**, en leur apportant des quantités de nicotine suffisantes (\*) pour supprimer progressivement un certain nombre de cigarettes. L'expérience montre qu'une telle stratégie permet de réduire de façon parfois importante la consommation, avec parallèlement une diminution possible des diverses complications.

Ceci constitue parfois une étape vers un arrêt ultérieur.

*Professeur Gilbert Lagrue*

(\*) NDLR : Il s'agit bien entendu ici de nicotine pure



## Moi et la cigarette

31 janvier, jour de mon anniversaire. Je l'avais décidé depuis des mois, aujourd'hui j'arrête de fumer. Ce qui me motivait ? Ce n'était pas l'horreur de la cigarette, son odeur nauséabonde, l'horreur que m'inspirait à l'hôpital ceux qui vous s'adressent à vous uniquement pour vous escroquer une cigarette, qui devant un refus se rabattent sur les mégots... ce n'était pas la bouche pâteuse du matin... c'était, de manière saugrenue, la laideur qui se dégage à mes yeux d'une femme qui fume, surtout d'une jeune fille dont la cigarette met le comble à son excitation dispersée, les mouvements contorsionnés de la bouche des femmes quand elles aspirent leur cigarette, la nervosité qui se dégage d'elles quand elles inhalent, quand elles recrachent la fumée avec ostentation.

La laideur de ces femmes me faisait me mouvoir, m'incitait à ne pas leur ressembler. Chaque femme trouve sa façon de fumer, mais peu d'entre elles ont l'élégance de Lauren Bacall quand elle fume ou le « vibrato » de Gena Rowlands... Mais comment suis-je donc quand je fume ? La plus laide de toutes, accrochée que je suis à vingt cigarettes quotidiennes.

Petit à petit, je me suis vue fumant. Et je me suis détestée. Et je me suis dit que sur ce point précis je pouvais changer ma façon de faire quant à l'estime de moi-même. Et j'ai décidé d'arrêter. Et plus rien ne pouvait m'arrêter. Le soir du 30 janvier j'ai écrasé ma dernière cigarette, très calme, en pleine conscience de ce que je faisais. Les premiers jours sans cigarette, ce fut le sevrage à l'aide des patchs. Beaucoup moins difficile que ce que j'avais imaginé. Les jours passaient, le 1<sup>er</sup> mois s'acheva... je comptais les heures qui passaient sans cigarette. J'avais tout le temps envie de fumer mais l'envie d'une cigarette passait très vite. Je me sentais portée par ma motivation. Libre et légère.

J'ai rêvé plusieurs fois que je fumais. Alors je me réveillais en sursaut terrifiée à l'idée d'avoir recommencé puis immédiatement soulagée « ce n'était qu'un rêve » ce n'était que mon désir de fumer qui se faufilait dans les interstices de la pen-

sée. Grossir ? J'ai peut-être pris 2, 3 kilos. J'ai fait attention, certes. Mais ce ne fut pas un cauchemar. Rien n'a été un cauchemar dans cet arrêt de la cigarette, tout coulait de source, je n'avais plus de contrainte. J'ai tenu 18 mois dans ma nouvelle peau. Et puis un 21 juin, à la Fête de la Musique... « allez on est bien, juste une cigarette, offre-moi juste une cigarette... » Comme elle fut bonne ! Je m'en souviens encore. A la première bouffée le mal était fait. Après 18 mois sans tabac, j'ai recommencé à fumer de plus belle. J'ai recommencé à être « accro ». Je trouve toujours aussi laides les femmes qui fument, surtout dans la rue. Mais cela ne provoque plus en moi le dédic salvateur.

Que me faut-il trouver pour arrêter une seconde fois de fumer, maintenant que j'exerce un métier d'intellectuelle. Quand on travaille de ses mains, comme je le faisais à l'époque, il me semble que l'on a moins besoin de fumer. Quand on travaille à la table, fumer émoussille l'esprit, accélère le rythme de la pensée. Ecrire seule. Fumer seule. Sans un regard pour me renvoyer l'image de la laideur.

Mais fumer trop épuise l'esprit dans les brumes du petit matin. Fumer en trouvant la juste mesure. Négocier les cigarettes. C'est possible un temps. Il suffit d'un rien – pas forcément désagréable – pour que la consommation augmente dangereusement.

En période d'ennui aussi, qu'y a-t-il de mieux pour moi que la nicotine ? Qu'y a-t-il de mieux que la nicotine pour se détendre un peu ? Mais très vite, trop de nicotine et la machine s'emballe... la détente se fait tension. La cigarette est un cycle infernal. Mais qui voudrait sortir d'un cycle infernal qu'il s'est lui-même créé ?

Arrêter de fumer m'est sorti de l'esprit. Provisoirement. Espérons provisoirement...

*Brigitte Hautefeuille*

# Entretien avec le docteur Philippe Batel, psychiatre et alcoologue.

*Le docteur Philippe Batel, MD PhD, Psychiatre-Addictologue, dirige l'Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives (UTAMA), à l'Hôpital Beaujon à Paris. Il a accepté de répondre à quelques questions.*

**La Lettre :** Les personnes atteintes de troubles bipolaires ou de schizophrénie sont-elles statistiquement plus touchées que les autres par la dépendance alcoolique ?

**Dr. P. Batel :** Absolument. On a démontré depuis longtemps que la bipolarité était souvent associée à des troubles de l'alcoolisation. Mais cette alcoolodépendance se manifeste sous une forme rarement attendue par les médecins ou par les psychiatres. En effet, on a longtemps cru que c'était plutôt en phase dépressive ou mélancolique que les patients s'alcoolisaient. En fait, c'est plutôt en phase maniaque qu'ils le font. Il a été observé que l'alcoolisation en phase maniaque, même chez des patients traités, complique et aggrave la crise maniaque et augmente énormément leur résistance au traitement. S'ajoute à cela la libération de toutes les pulsions autour des dépenses inconsidérées, des achats, de la convivialité, qui contribuent beaucoup à l'alcoolisation, et vient encore compliquer la situation.

Pour ce qui est des schizophrènes, là on est dans un immense déni, notamment de beaucoup de psychiatres.

On a des données déjà anciennes (il se trouve que j'ai fait mon DEA sur le sujet) qui montrent que quand vous rencontrez 100 schizophrènes, la moitié présente soit une consommation abusive soit une dépendance à l'alcool.

**LL :** Comment se fait-il qu'on en parle si peu ?

**Dr. P. B. :** Plusieurs raisons à cela. Tout d'abord c'est très peu repéré par les psychiatres, y compris ceux qui prennent très bien en charge spécifiquement les schizophrènes. Ils ne leur posent pas la question, ils n'en parlent pas. Or cela a pourtant un impact sur l'évolution de la schizophrénie. D'une part, il y a interférence de l'alcool avec les traitements psychotropes et, d'autre part, les patients sont plus souvent hospitalisés, et sont moins compliants et moins observants que les patients schizophrènes non alcoolodépendants. Il y a donc une aggravation de leur état.

Pendant longtemps, pour essayer d'expliquer la fréquence des troubles psychiatriques et de l'alcool associés, on a proposé une hypothèse d'automédication : les sujets qui sont dépressifs ou anxieux vont utiliser l'alcool pour guérir leur anxiété ou leur dépression, jusqu'à en devenir dépendants.

Nombre de données nous montrent que, dans la plupart des cas, c'est plutôt faux pour l'anxiété et la dépression. Chez les schizophrènes, l'appétence pour les produits psychotropes, que ce soit l'alcool et, pour beaucoup, le cannabis, est liée à des symptômes déficitaires de la maladie, en particulier l'anhédonie (\*), et ce défaut d'énergie vitale (athymhormie) et tout ce qui relève du codage et de l'intensité des émotions. Donc, l'approche est radicalement différente : C'est bien par tentative d'automédication que les schizophrènes utilisent l'alcool ou le cannabis mais pour retrouver des émotions.

**LL :** Donc, que ce soit de l'alcool ou du cannabis, la source de

l'addiction est un peu la même ?

**Dr. P. B. :** Probablement. Une des caractéristiques de la maladie induit que l'on recherche une compensation ou qu'on essaye de restaurer un statut émotionnel perdu à cause de la maladie.

**LL :** Cela veut-il dire que le malade a conscience d'un statut émotionnel perdu ?

**Dr. P. B. :** Bien souvent hélas oui et ils en souffrent.

**LL :** Pense-t-on qu'il y a un facteur génétique commun entre la maladie psychique et la dépendance à l'alcool ?

**Dr. P. B. :** En ce qui concerne la schizophrénie, la démonstration est en cours avec une équipe de Sainte-Anne. Pour les troubles bipolaires, Marion Leboyer a aussi une hypothèse en cours de validation.

**LL :** Est-ce qu'un malade alcoolique est soigné différemment d'un malade psychotique alcoolique.

**Dr. P. B. :** Oui et non ... On peut rester dans une approche très comportementaliste et, du coup, soigner un patient comme s'il n'était pas schizophrène. Mais chez un schizophrène on va avoir à prendre en compte un mode relationnel spécifique et il va falloir surtout fixer ce qui est prioritaire. Les schizophrènes ont des symptômes qui sont produits par la maladie mais aussi ceux résultant de la prise de produit. Parfois ils n'ont absolument pas envie de renoncer à cela. Dans un premier temps, pour garder une alliance de qualité, il faut « respecter » et accompagner une dépendance aux benzodiazépines ou au cannabis chez les jeunes schizophrènes. Si vous leur proposez d'arrêter le cannabis pour mettre en place un traitement, vous ne les revoyez plus et il ne seront traités ni pour leur schizophrénie, ni pour le cannabis.

De temps en temps, il faut savoir respecter la dépendance dans un premier temps, pour accompagner un processus de changement long.

**LL :** Est-ce que les alcoologues peuvent apporter quelque chose aux psychiatres ? Ce que savent les uns peut-il être utile aux autres ?

**Dr. P. B. :** Absolument, mais c'est un énorme chantier. Vous savez, on attend des médecins psychiatres qu'ils soient des médecins particulièrement innovants, mais ce n'est pas systématiquement vrai ! Dans le domaine de l'alcool, l'immobilisme est parfois hallucinant

Ils dénie eux-mêmes la maladie alors que c'est une vraie maladie éminemment fréquente. On est face à une maladie sociale grave, qui tue chaque année 45 000 personnes et qui coûte cher au contribuable (17,6 milliards d'euros) ; Mais il n'y a pas d'association de malades. Pourquoi ? Parce qu'ils sont pétrifiés par la honte. Les seules associations présentes sont des groupes d'entraide (Alcooliques Anonymes, Vie Libre, Croix

d'Or) mais qui n'ont aucune vocation militante pour défendre et porter les intérêts des malades, face à une sphère politique éminemment ambivalente sur la question : il ne faut pas faire reculer la consommation d'alcool dans le pays parce qu'elle sous-tend des intérêts économiques majeurs.

Imaginez un instant qu'on ait diminué de près de 20 % les ressources allouées pour la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque ou la polyarthrite rhumatoïde ! Vous auriez une réaction justifiée des associations, et elles obtiendraient gain de cause ! C'est pourtant ce qui s'est produit sur les deux dernières années au détriment des malades de l'alcool dans notre pays. Ceci en toute impunité... Il n'y a pas une association de malades en France pour réagir !

**LL :** Si on soigne quelqu'un pour son alcoolisme, est-ce que, de fait, on va améliorer son état de psychotique ?

**Dr. P. B. :** Bien évidemment, on va l'améliorer quitte à l'aggraver dans un premier temps parce qu'il ne va plus avoir de ressources pour faire face aux choses. Mais, à long terme, on va l'améliorer et c'est l'essentiel puisque c'est comme cela que l'on va le convaincre de maintenir le soin. On aurait intérêt à s'attaquer au problème de l'alcoolisme (comme à celui du cannabis) pour créer un climat de confiance et instaurer une alliance thérapeutique.

**LL :** Traiter un problème d'alcoolisme est donc bénéfique pour traiter un problème de maladie mentale qui se cacherait derrière ?

**Dr. P. B. :** Absolument. C'est très vrai chez les bipolaires et les déprimés, c'est un peu moins vrai chez les schizophrènes, mais c'est vrai quand même.

**LL :** Pourquoi acceptent-ils plus facilement de voir un médecin pour un problème d'alcoolisme ?

**Dr. P. B. :** Parce que c'est une situation qui n'est pas stable. C'est cela qui fait que l'on change.

Les malades ne changent pas parce que leur médecin leur dit qu'il faut changer. Ils changent parce que, de toute façon, ils ne trouvent pas leur compte dans la dépendance. Et tout le travail que l'on a à faire, la préparation au changement, est de mettre en exergue chez le patient cette ambivalence permanente entre « Je continue à trop boire (ou trop prendre de cannabis, ou de cocaïne ou d'héroïne) malgré les éléments qui me montrent que cette prise de produit va engendrer beaucoup d'inconvénients » ou « j'essaie d'arrêter en ne sachant pas très bien ce que je perds et ce que je gagne. »

A mon avis (je sais qu'il n'est pas partagé par tous, mais j'assume), je pense que la psychanalyse n'est pas un traitement recommandable de l'alcoolodépendance. Faire travailler son psychisme quand son cerveau est sous l'influence d'un produit psychotrope, n'est pas très facile et handicape énormément tout le bénéfice d'un travail analytique. A mon avis, l'indication de l'analyse en addictologie, a une pertinence et des bénéfices une fois que le patient est stabilisé.



**LL :** Est-ce que le fait de soigner quelqu'un qui est non seulement alcoolique, mais en plus malade mental, n'est pas décourageant ?

**Dr. P. B. :** Mais non, mais non, MAIS NON !!! (vive réaction !). On est dans des imageries qui sont complètement fausses. Quand vous prenez en charge un malade de l'alcool et que vous faites un minimum de chemin avec lui, au bout de 6 mois, il y en a 1/3 qui a complètement arrêté de boire, 1/3 qui n'a pas du tout arrêté et qui s'est même aggravé et 1/3 intermédiaire qui a réduit sa consommation d'alcool, qui va un peu mieux mais n'a pas arrêté de boire. Donc, il y en a 2/3 qui vont mieux et 1/3 qui va mal.

Dans le cadre d'une maladie sévère qui tue 45 000 personnes par an, quand vous avez une intervention qui fait que, au bout de 6 mois, vous en avez 1/3 qui est quasiment sorti d'affaire et 1/3 qui va mieux,

ça marche !

Arrêtons de penser que cela ne marche pas. Dans le cas du cancer du poumon, vous n'avez pas 2/3 des malades qui vont mieux au bout de 6 mois.

**LL :** Cela milite énormément en faveur d'un intérêt des psychiatres pour les co-morbidités ?

**Dr. P. B. :** Evidemment, encore faut-il être formé et en avoir envie.

**LL :** Est-ce que l'on a progressé dans les stratégies de soins ces dernières années ?

**Dr. P. B. :** Oui. On teste tout, y compris le fait de réduire la consommation alcoolique et non de l'arrêter. On teste de nouveaux médicaments. On s'assure (ce que l'on sait déjà) que les thérapies cognitives et comportementales sont efficaces.

**LL :** Est-ce que tous ces protocoles psycho-thérapeutiques dont vous me parlez comme l'entretien motivationnel, peuvent être repris avec profit par des soignants de malades psychiques ?

**Dr. P. B. :** Absolument. Moi j'y crois beaucoup. Je suis convaincu que l'entretien motivationnel est un formidable outil pour prendre en charge les malades de l'alcool et les schizophrènes, en particulier les jeunes schizophrènes dans la compliance au traitement.

**LL :** Donc il faut militer pour que des passerelles, des contacts, des échanges d'information et de formation permettent de diffuser et de promouvoir du côté de la psychiatrie, ces techniques que vous maîtrisez ?

**Dr. P. B. :** Absolument ! Il y a beaucoup de choses à faire en s'inspirant des techniques de soin de la maladie alcoolique.

*Propos recueillis par Claire Calmèjane*

(\*) Anhédonie : c'est un symptôme médical retrouvé dans certaines pathologies psychiatriques et parfois chez le sujet exempt de troubles. Il caractérise l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées comme plaisantes. Cette incapacité est fréquemment associée à un sentiment de désintérêt diffus.

# IL a arrêté de boire depuis 16 ans avec les Alcooliques Anonymes, les AA

**Premiers pas pour arrêter de boire : se reconnaître alcoolique, impuissant devant l'emprise de l'alcool sur soi. L'alcoolisme est une maladie et il n'est pas question de volonté devant une maladie, mais de quelque chose de supérieur qui vous pousse à vous en sortir.**



## Comment franchit-on la porte des AA ?

Il n'y a pas de prosélytisme, il y a un slogan AA qui dit « c'est l'attrait plus que la réclame ». Le bouche à oreille est très fort mais il y a aussi Internet, les pages jaunes au mot « alcool »... Il y a juste des réunions d'information dans les hôpitaux, les prisons, dans quelques endroits de ce type, pas dans les établissements scolaires, les jeunes ne se sentent pas concernés par les problèmes d'alcool.

Etre des gens abstinents et heureux pour inciter ceux qui ont un problème avec l'alcool à se diriger vers les AA.

On vient vers les AA parce qu'on est conscient de ce problème personnel, on retrouve d'autres personnes en réunion AA qui ont le même problème que vous. Certains ne sont pas là forcément pour s'arrêter de boire, ils viennent pour en parler et parce qu'ils espèrent fallacieusement pouvoir contrôler leur consommation d'alcool, ou boire normalement, et quand ils se rendent compte que cela n'est pas possible, certains rechutent et s'en vont, et d'autres s'arrêtent totalement de boire... j'en connais !

C'est quelque chose de très concret d'arrêter de boire.

## Il faut travailler sur soi ?

Non, non. Il y a un programme en 12 étapes qui n'est pas très long, que tu n'es pas obligé de faire dans sa totalité, que tu peux faire dans le désordre. Non, non, ce n'est pas un travail sur soi, on ne recherche pas pourquoi on boit, on arrête de boire, on est dans l'action pas dans la réflexion. Le but c'est de ne pas boire de la journée, ce n'est pas de rechercher pourquoi on buvait. Il n'est pas interdit bien sûr de réfléchir sur soi, il y en a qui le font, mais le but n'est pas là, le but est d'arrêter de boire. Et on y arrive très bien sans faire un travail de réflexion sur l'alcool. Je n'ai jamais cherché à savoir pourquoi j'avais bu, ni dans quelles conditions, je ne me suis jamais penché là-dessus. Je ne parle qu'en mon nom.

Bien sûr lors des témoignages, on revoit son passé, l'enfance... on se penche sur soi-même... Il y a des témoignages en réunion à des occasions très spéciales : soit un anniversaire d'abstinence, soit lors de séances spéciales... Ou bien encore, quelqu'un inconnu du cercle a un témoignage intéressant à donner.

## Quelqu'un qui souffrirait d'autre chose en plus de son alcoolisme ?

Il y a par exemple les dépressifs qui boivent. « Je bois parce que je suis dépressif » ou « c'est parce que je bois que

je suis dépressif »... Cela ne se passe pas forcément très bien aux AA où il n'y a pas de médecins. Ca va quand les gens sont peu atteints comme je l'étais, mais j'aurais pu considérer que les soins psychiatriques allaient me sauver de l'alcool.

Souvent les gens considèrent que c'est la dépression le plus important à soigner, et que l'alcool est un épiphénomène que c'est une conséquence parce qu'ils souffrent, et qu'ils sont persuadés, comme tout un chacun qui souffre qu'ils sont les seuls à souffrir de cette manière-là. L'avantage des AA c'est de s'apercevoir que ton cas est proche de celui d'autres qui sont autour de la table. Ils ont la même dépendance. Il est délicat pour les AA de voir les gens à pathologie associée venir.

## Quelles sont les relations entre le corps médical et les AA ?

Cela beaucoup évolué. Il y a 30 ans les médecins étaient rétifs, ils voyaient cela comme une concurrence. Puis il y a eu une démarche vers les AA, quelques grands médecins s'en sont occupés comme Isabelle Sokholov responsable à l'époque du service d'alcoolologie très pointu à l'hôpital de Saint Cloud, et les médecins ont mieux compris le système qui n'est pas exclusif de la médecine. Nous disons « les AA c'est un appui », nous ne disons jamais aux gens « arrêtez d'aller voir votre médecin ».

## Comment se passe une réunion AA ?

Il y a un programme en 12 étapes, qu'il n'est pas obligatoire de suivre dans sa totalité, qui peut être fait dans le désordre.

A chaque réunion il y a un thème. Une fois par mois c'est une étape, une autre fois par mois, c'est une tradition et les autres fois c'est un thème qui a été choisi par le comité (les fêtes et l'alcool, la peur...) et on parle à tour de rôle, sans s'interrompre, sans revenir théoriquement sur ce qui a été dit, ce qui n'est pas toujours le cas, mais c'est plus pour approfondir que de revenir sur ce qui a déjà été évoqué, on parle du sujet. En AA, c'est complètement libre, tu es libre de parler du sujet ou de parler d'autre chose. Et c'est vrai que pendant un an, je parlais d'autre chose que du sujet, je parlais de moi parce que c'était moi qui était le plus important et puis petit à petit, j'ai commencé à parler de moi à travers le sujet, et puis quasiment je ne parlais plus de moi... Le thème du jour n'est que suggéré, c'est ce que précise le modérateur au début de la réunion.

La règle absolue est de ne pas interrompre l'autre. Le mo-



dérateur qui a donné la parole remet tout de suite en place un quelconque débordement.

### Revenons sur les étapes. Commençons par la première.

« Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool et que nous avons perdu la maîtrise de nos vies »

Quand je suis arrivé chez les AA, j'étais persuadé de deux choses : il fallait que j'arrête de boire sinon j'allais mourir, et je ne pouvais pas arrêter de boire. Impasse totale. J'étais complètement désespéré. Et quand je suis arrivé aux AA, j'ai eu une lueur d'espoir : ces gens me ressemblaient, ces gens avaient mon âge, ils avaient l'air heureux. Pourquoi moi cela ne m'arriverait pas ? J'ai essayé.

### Cela fait 16 ans que tu arrêté de boire

Il y a une part, non pas de chance, mais de hasard à faire que ça marche, c'est-à-dire qu'il faut arriver humble en se disant qu'on est vaincu par l'alcool, qu'on n'arrivera pas à s'en sortir, que la seule chance c'est peut être celle-là, et à ce moment jouer le jeu ne pas conserver cet esprit critique que l'on a dans l'alcool où l'on passe son temps à tout dénigrer, mettre de côté ce qui nous plaît pas dans les AA, il y a plein de choses qui ne m'ont pas plu au départ, je ne suis pas croyant : la puissance supérieure, j'ai laissé de côté et j'ai pris le restant, je l'ai fait et ça a marché.

### C'est qui cette puissance supérieure ?

Pour les AA, c'est Dieu tel que tu le conçois. Aux AA, il s'est passé quelque chose qui m'a dépassé. Quelque chose du groupe qui m'a transcendé.

Comme pendant la guerre il y avait des camarades ensemble, et au moment où il fallait y aller, ils y allaient, la peur de la mort avait disparu.

AA, c'est basé sur cette fraternité-là. Je me suis fait des amis aussi, mais c'est indépendant de la fraternité qui règne en AA.

Je me suis beaucoup appuyé sur les AA. Quand je suis parti

en vacances la première année, je téléphonais tous les jours à une amie AA, pour lui dire, ça va je n'ai pas bu aujourd'hui, j'espère que demain ça va aller, je ne décrochais pas de mon cercle AA.

Cela fait 16 ans que « j'ai posé le verre ». Je suis la preuve vivante que cela peut marcher pour l'instant, pour les 24 heures qui viennent. Je ne pense pas en termes définitifs. Je ne pense pas que j'ai arrêté de boire définitivement et je ne vois pas pourquoi je penserai ça.

### Même si tu réussis à franchir la dernière des 12 étapes du protocole AA? Qu'elle est-elle ?

C'est être censé appliquer ces règles à tous les domaines de notre vie. On ne l'a jamais franchie. Mais le jeu en vaut la chandelle.

Il y a aussi « l'important d'abord », j'aime bien y penser. Et « vivre et laisser vivre » j'y arrive très mal mais je m'y efforce.

### Je te remercie et je te souhaite de poursuivre la chance que tu as eue en rencontrant les AA.

*Propos recueillis par Brigitte Hautefeuille*

NDLR : Nous nous devons de porter votre attention sur le fait que les « AA » écartent généralement les pathologies psychiques trop lourdes risquant d'entraver le fonctionnement des groupes.



Pour en finir avec l'alcoolisme  
D' Philippe Batel  
213 pages, 16 €  
La Découverte



Alcool : de l'esclavage à la liberté : Récits de vie  
D' Philippe Batel  
et Serge Nédélec  
266 pages, 20 €  
Les éditions Démos

### Al-Anon : une association pour les proches des alcooliques

Les Groupes Familiaux Al-Anon forment une fraternité de familles et d'amis d'alcooliques qui partagent leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leurs problèmes communs. Les membres de cette fraternité croient que l'alcoolisme est un mal familial et qu'un changement d'attitude peut contribuer à leur rétablissement.

Al-Anon n'est affilié à aucune secte, dénomination religieuse, entité politique, organisation ou institution.

Al-Anon ne s'engage dans aucune controverse et n'appuie ni ne condamne aucune cause.

Il n'y a pas de frais d'inscription, la fraternité subsiste par ses propres moyens grâce aux contributions volontaires de ses membres. Al-Anon n'a qu'un but, aider les familles des alcooliques.

Les membres y parviennent en accueillant et en réconfortant les familles des alcooliques, et en apportant leur compréhension et leur encouragement à l'alcoolique.

Contact : Al-Anon  
18, rue Nollet 75017 PARIS  
tél. 01.42.81.97.05  
<http://al-anon-alateen.fr/index.htm>

# Le docteur Marc Valleur nous parle du Centre Marmottan

*Très vite devenu un repère important dans le domaine des toxicomanies, le centre Marmottan créé en 1971 par le docteur Claude Olievenstein, doit d'abord son existence à la loi du 31 décembre 1970 sur les toxicomanies, loi toujours en vigueur, qui décrète que tout usager de substances illicites est passible d'un an de prison. En échange, elle comporte un volet compassionnel qui a favorisé une approche thérapeutique digne de ce nom : tout toxicomane volontaire a droit à la gratuité des soins et à l'anonymat.*

*« Marmottan a été créé pour qu'il existe au moins un lieu où puissent s'adresser les toxicomanes » rappelle le docteur Marc Valleur, aujourd'hui à la tête de ce centre.*

**La Lettre :** Durant toutes ces années, quelles évolutions avez-vous noté au sein de la population venant consulter à Marmottan ?

**Docteur Marc Valleur :** Pendant les années 70 et 80, les jeunes héroïnomanes ont constitué notre cœur de cible. Surtout des jeunes de classes moyennes ayant des problèmes existentiels après 1968 : c'était l'époque des voyages à Katmandou, des quêtes spirituelles. Les années 80 ont été marquées d'abord par un appauvrissement de la clientèle, avec l'émergence des banlieues, des problèmes économiques. Les jeunes entraient dans le monde de la drogue moins par la consommation que par le trafic qui devenait une alternative économique intéressante. Puis le milieu des années 80 a été marqué par l'irruption de la pandémie de Sida qui a bouleversé toutes les conceptions en matière de prise en charge des toxicomanes. A partir de là vont progressivement se développer d'une part les stratégies de réduction des risques, d'autre part la généralisation des traitements de substitution. Ce qui fait qu'aujourd'hui, on ne voit plus d'héroïnomanes du style des années 70, même s'il y a encore des personnes dépendantes aux opiacés : héroïne mais surtout Subutex, Méthadone c'est-à-dire les produits de substitution. Parmi les drogues illicites c'est la cocaïne qui domine, en augmentation régulière depuis plus d'une dizaine d'années.

Parallèlement, durant ces 10 dernières années nous avons élargi la consultation aux addictions sans drogue et notamment au jeu pathologique, jeux d'argent qui constituent un véritable problème de santé publique.

Dans ce paysage, on est très souvent en face de polyconsommation. Le cannabis a été utilisé de façon constan-

te par un grand nombre de nos patients qui ont aussi des problèmes avec l'alcool et les médicaments détournés de leur usage (tranquillisants et somnifères). Au fil des années, notre palette thérapeutique et notre clientèle se sont de fait, élargies. Nous avons intégré les traitements de substitution dans nos réponses, et sommes désormais sensibilisés à l'usage de quantité de substances, y compris des substances licites comme l'alcool ou les médicaments et à la comorbidité. Depuis une dizaine d'années, nous voyons de plus en plus de personnes ayant de très sérieuses psychopathologies.

**L L :** la situation ne doit pas être simple avec la légalisation des paris en ligne ...

**D' M. V. :** C'est vrai, mais en même temps la loi est quand même intéressante parce qu'elle fait émerger un problème qui existait depuis très longtemps et en face duquel on faisait surtout l'autruche. C'est déjà une reconnaissance de l'existence du problème. Cette loi pose dans ses attendus qu'il faut lutter contre l'addiction et qu'il faut protéger les jeunes.

**L L :** vous constatez un élargissement de la comorbidité ?

**D' M. V. :** Oui. Et la substitution a été un des moteurs de tous ces changements parce qu'elle agit de plusieurs manières. Elle a été utile en dédramatisant la vie quotidienne des héroïnomanes. On est loin de l'époque des « casses » de pharmacie, des vols avec violence, de la persécution policière. Tout cela s'est apaisé parce que les héroïnomanes obtiennent assez facilement Méthadone ou Subutex, des palliatifs très accessibles qui évitent tous les drames que l'on pouvait connaître. Mais en même temps, la substitution joue un peu comme un marqueur sociologique : la personne qui prend du Subutex ou de la Méthadone va automatiquement être perçue comme un toxicomane. Et cela peut jouer comme un frein à l'accès d'un certain nombre de services, y compris les services psychiatriques. Beaucoup de services psychiatriques refusent de prescrire et d'utiliser un des produits de substitution ce qui, à mon avis, est un des gros problèmes actuels dans l'interface entre la psychiatrie et le champ de l'addictologie.

**L L :** Les psychiatres prennent-ils bien en compte l'addiction de leurs patients ?

**D' M. V. :** Pas assez. Toutes les enquêtes tendent à montrer

## Mutualiser et décloisonner

Le Plan Gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté en juin 1999, prévoit de faire évoluer les dispositifs spécialisés et de favoriser leur inscription dans des réseaux afin d'améliorer la qualité des prises en charge. Le rapprochement des structures spécialisées que sont les CSST (Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes) et les Centres d'alcoologie (CCAA) constituent une orientation destinée à répondre à cet objectif. Ces structures existantes sont invitées à se rapprocher (sans fusion obligatoire cependant) pour se muer en CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

que les mondes sont un peu trop clivés, c'est-à-dire que les intervenants pour toxicomanies ne sont pas très bons pour dépister les problèmes de santé mentale et inversement. C'est très traditionnel en psychiatrie, or les malades mentaux ont souvent des problèmes d'alcool et de tabac majeurs.

L'alcoolisme et le tabagisme sont des causes importantes de mortalité chez les schizophrènes par exemple. C'est évident aussi pour le cannabis qui n'est pas toujours très facile à gérer dans les prises en charge de type psychiatrique.

Ce qui pose beaucoup problème actuellement, c'est le fait d'avoir quelques traitements de substitution qui sont bien équilibrés et bien supportés mais qui « classent » comme toxicomanes des gens qui, du coup, sont considérés comme ne relevant pas des soins du psychiatre. C'est un vrai risque.

En général, quand on parle de comorbidité, c'est que l'on a un problème majeur d'usage de substances, d'abus de substances ou de dépendance ET des problèmes de santé mentale comme la schizophrénie. Malheureusement, trop de services fonctionnent par exclusion de problématiques : il faudrait être seulement toxicomane ou schizophrène pour être suivi, mais pas les deux !

**L L : A-t-on espoir que cela évolue ?**

**D<sup>r</sup> M. V. :** Cela commence. Il y a un assouplissement des réponses. A Marmottan, nous utilisons beaucoup plus qu'avant des neuroleptiques, des anti-dépresseurs de manière prolongée, ce qui dans les premières années n'était pas notre pratique. Aujourd'hui on admet tout à fait que l'on puisse suivre des gens atteints de psychoses, des schizophrènes, à condition qu'ils soient suffisamment équilibrés pour pouvoir tenir un contrat afin de pouvoir rentrer dans notre pratique ; parce que nous sommes heureusement toujours dans ce système où les gens doivent être volontaires, protégés par l'anonymat mais où tout se passe en accord avec eux. Nous n'avons ni l'intention, ni les moyens de faire des hospitalisations de force, des HDT ou des choses comme cela.

**L L : Mais prenons le cas d'un malade psychique qui sortirait de l'hôpital, qui donc, est dans une phase ascendante, désintoxiqué de fait et souvent un peu plus réceptif ?**

**Docteur Marc Valleur :** A ce moment là, en effet, nous pouvons servir de soutien à l'équipe psychiatrique pour son malade. Sans prendre l'ascendant ou se substituer à elle, nous pouvons tout à fait aider au niveau de la prise en charge de l'addiction, faire une hospitalisation pour sevrage ou pour équilibrer un traitement.

Trop souvent les soignants raisonnent encore en termes d'institution de référence : on nous envoie des patients avec l'idée de passer la main parce que ce sont des toxicomanes, donc ils relèvent de Marmottan. Mais nous pouvons aussi être des prestataires de service. L'équipe psychiatrique pourrait continuer à suivre son malade tout en nous l'adressant pour une période plus ou moins longue afin que l'on soutienne la prise en charge sous l'angle de l'addiction.



**L L : Du côté des hôpitaux psychiatriques y a-t-il des connections qui sont en train de s'établir ?**

**D<sup>r</sup> M. V. :** Cela n'est pas toujours facile, mais les hôpitaux se dotent de plus en plus de services d'addictologie, sinon de toxicomanie. Les relations ne sont pas forcément d'office faciles et fluides : au sein des services d'un même hôpital, les évaluations peuvent diverger. Il faut trouver un modus vivendi de collaboration sans pour autant donner l'impression que l'on se défasse d'un malade en l'envoyant ailleurs ou que l'on veut s'en débarrasser.

**L L : Est-ce que le problème de l'addiction, quand elle touche un malade psychique, pose d'emblée des problèmes très différents de l'addiction d'une personne qui ne présenterait pas ces troubles là...**

**D<sup>r</sup> M. V. :** Souvent oui, mais il y a des quantités de cas de figure différents. Une façon d'aborder le problème par exemple, c'est de voir la part d'automédication qu'il peut y avoir dans l'usage de substance, l'abus ou la dépendance chez des personnes qui ont des troubles pré-existants. Dans le cas d'un jeune schizophrène qui prend beaucoup de cannabis, il n'est pas toujours facile de savoir quelle fonction cela occupe dans son économie psychique. Si c'était de l'auto-médication logique, on verrait des schizophrènes abuser de neuroleptiques ; malheureusement ce n'est pas le cas et cela pose question !

Chez un jeune qui sent que sa relation au monde est particulière, qui a des angoisses terribles et qui parfois commence à avoir des sentiments délirants, on peut penser que l'usage de cannabis mais aussi de cocaïne de temps en temps, est une manière paradoxale de maîtriser ce qui lui échappe. Il est plus acceptable de se dire « je délire parce que je fume ou je délire parce que je prends de la

coke, plutôt que de se dire je délire naturellement, c'est moi qui suis comme cela ».

**L L :** Vous voulez dire qu'il cherche presque une justification à son ressenti psychique ?

**D' M. V. :** Oui, il y a quelque chose qui peut être moins angoissant dans le fait de déporter la cause sur une action volontaire. Vous connaissez la phrase de Cocteau « Puisque ces mystères nous dépassent, autant feindre d'en être les organisateurs »... Peut-être qu'il est plus rassurant de se faire délirer volontairement que d'être victime d'un délire.

C'est une des motivations possibles, elle est inconsciente. Il y en a d'autres ; plus de la moitié des adolescents de 17 ans en région parisienne ont fumé du cannabis, donc il n'y a pas de raison que les schizophrènes soient à l'abri. Mais cela peut être aussi un mode de socialisation plus facile ; quand on a des difficultés de contact et de communication, des difficultés affectives, communiquer infra verbalement dans la circulation du joint, cela peut faciliter grandement les choses. Induire l'idée que l'on est un marginal, que l'on est contre le système, que l'on est un rebelle, c'est quand même une attitude assez fréquente chez des gens qui ont des troubles psychiques importants et qui ont du mal à s'intégrer dans la société.

Là aussi on peut dire que l'on assume et que l'on maîtrise quelque chose qui autrement nous mettrait dans une position de victime « je ne me sens pas capable d'aller au travail tous les jours, de séduire une jeune femme, d'avoir des relations affectives régulières : autant prendre l'attitude du rebelle qui fume, qui ne veut pas rentrer dans le système.. ». C'est une manière d'essayer de devenir ce que l'on est et d'avoir une identité plus valorisante.

Il peut aussi y avoir un effet de recherche de sensations, de recherche de désinhibition... Mais dans d'autres cas, cela va être le contraire. Certains sont tellement à vif qu'ils vont prendre des produits pour calmer leurs angoisses, pour se mettre à l'abri de stimuli vécus systématiquement comme des agressions, comme des violences.



Les pathologies de l'excès : Drogue, alcool, jeux, sexe... Les dérives de nos passions  
D' Marc Valleur  
263 pages, 17,00 €  
JC Lattès

**L L :** Parmi toutes les personnes qui se droguent d'une manière ou d'une autre, quel est à peu près le pourcentage de ceux qui ont une maladie psychique ?

**D' M. V. :** Cela va dépendre du seuil ! Si l'on met l'anxiété, la dépression parmi les maladies psychiques, on risque d'arriver à presque 100 % de toxicomanes qui sont comorbides. Pour s'accrocher à une drogue il faut avoir des raisons et en général, il faut ne pas aller très bien au départ. Mais si on parle de pathologie avérée, je pense que l'on devrait être à 1/3 à peu près de

la clientèle.

**L L :** Peut-on dire un mot des méthodes que vous employez, les thérapies clés qui fonctionnent, celles que vous expérimentez ?

**D' M. V. :** Dans toutes les addictions, il faut pouvoir mettre en œuvre ce que l'on appelle des approches multimodales. D'une part des psychothérapies qui vont s'orienter selon deux axes ; d'un côté des thérapies centrées sur les conduites pour arriver à les modifier (elles sont proches des TCC), de l'autre côté une thérapie ayant une dimension plus psychanalytique : on essaye de comprendre pourquoi les gens se sont réfugiés dans cette dépendance, ce qui a les a menés là, en fonction de leur histoire personnelle, de leur trajectoire, etc. On utilise aussi des médicaments bien sûr : des médicaments de l'addiction mais aussi des traitements de la dépression, de l'anxiété souvent induites par les consommations de produits mais qui peuvent aussi pré-exister et être aggravées par ces consommations. Et bien évidemment les traitements des troubles co-morbides : on peut utiliser des anti-dépresseurs, des neuroleptiques parallèlement à la prise en charge de l'addiction.

La dimension sociale de la prise en charge est aussi très importante. Dans la plupart des addictions, que ce soit la drogue, l'alcool ou le jeu pathologique, les gens ont souvent d'énormes problèmes financiers, des problèmes d'insertion dans la société, des problèmes pour gérer un budget, des problèmes de logement. Il faut aussi pouvoir prendre en charge l'entourage, écouter les proches, la famille parce qu'ils sont souvent les premiers à détecter les problèmes et sont souvent parties prenantes du système addictif : victimes souvent mais aussi éléments d'équilibres installés de longue date. Si on change quelque chose, il faut tenir compte des modifications qui vont avoir lieu par ailleurs.

Dans certains cas, on peut conseiller des groupes (Narcotiques Anonymes, Alcooliques Anonymes) qui peuvent être utiles avec un bémol cependant : sous la pression du groupe, la notion d'abstinence peut être surestimée au point d'induire l'arrêt des médicaments contre la psychose elle-même et cela peut être un gros problème.

On fait de plus en plus de sevrages sélectifs : on va garder un peu de méthadone, un peu de Subutex, mais arrêter l'alcool, la cocaïne, les médicaments qui sont pris en excès.

Ce sont seulement des outils ! Le cœur du traitement réside dans la qualité relationnelle et la qualité d'accueil. Il faut que les gens puissent être reçus sans se sentir jugés, que l'ambiance soit correcte, que les soignants d'une manière générale, aient envie d'aider les personnes.

Le problème dans toute la psychiatrie, mais c'est encore plus net dans les addictions, c'est que les éléments déterminants du traitement sont des éléments non spécifiques. Les théories de référence des soignants n'ont à peu près aucune influence sur les résultats. Ce qui compte c'est la qualité du lien, l'ouverture d'esprit, la manière dont l'équipe s'entend bien, toutes ces choses qui sont très difficiles à mesurer mais déterminantes.



## m Hôpital Marmottan

### Centre de Soins et d'Accompagnement des Pratiques Addictives

- ACCUEIL
- SOINS
- ORIENTATIONS
- INFORMATIONS

**POUR TOUTE PERSONNE CONCERNÉE  
PAR DES PROBLÈMES DE PRODUITS LICITES OU ILLICITES  
OU D'ADDICTIONS SANS DROGUE**

Volontariat, anonymat, gratuité des soins,  
conformément à la loi du 31 décembre 1970

17/19 rue d'Armaillé - 75017 PARIS  
tel : 01 45 74 00 04 fax : 01 56 68 70 38  
M° Charles de Gaulle-Etoile (sortie Av. Carnot)



#### **L L : Quel conseil donner aux parents qui constatent que leur adolescent est consommateur de drogue ?**

**D<sup>r</sup> M. V. :** Une piste est de ne pas considérer la drogue ou l'addiction comme le fléau absolu et en faire un bouc émissaire mais plutôt comme un révélateur. On a connu ce problème avec le cannabis dans les années 70 et aujourd'hui avec les jeux en réseau sur internet.

Il faut prendre cela très au sérieux néanmoins, car ce sont des signaux d'appel présentant l'avantage de permettre une consultation. Il faut profiter de cette situation pour faire un vrai bilan, là aussi sans dramatiser outre mesure.

On a longtemps vécu dans un monde où il y avait, d'un côté des malades mentaux, de l'autre des gens normaux. L'idée d'avoir dans sa famille un schizophrène, terrorisait. Devant cette peur, tout le monde faisait d'énormes efforts pour ne pas le voir, que ce ne soit pas cela, que ce soit autre chose. Sans parler de toute l'idéologie qui rendait les parents responsables, comme si c'était le fruit du désir toxique des parents. Il y avait une ambiance de suspicion générale et de peur panique. Or, si on prend très tôt un jeune qui a des problèmes psychotiques, dans quantité de cas, on a des traitements qui vont grandement l'aider et il va pouvoir trouver un équilibre intéressant. Les choses doivent évoluer encore, mais elles ont déjà pas mal évolué et sont moins perçues comme totalement dramatiques.

On peut espérer que les CSAPA (voir visuel) vont pouvoir travailler conjointement avec les services psychiatriques pour mettre au point des protocoles. Nous l'avons fait dans pas mal de cas et cela lève l'angoisse. Les services psychiatriques s'ils savent qu'il y a un lieu de référence pour les problèmes d'usage de cannabis, d'abus et de dépendance. Même effet bénéfique pour les services de toxico-

manie, s'ils savent qu'il y a un lieu de référence pour le suivi psychiatrique. On peut donc faire des prises en charge conjointes durant un certain temps. C'est une des pistes à creuser pour aider tout le monde à comprendre la place de cette consommation par rapport à l'ensemble des problèmes d'une personne. Il faut travailler ensemble parce que l'on ne peut pas couper les gens en deux !

**L L : la démarche volontaire est importante, vous avez insisté là-dessus. Mais c'est souvent l'écueil sur lequel on bute ...**

**D<sup>r</sup> M. V. :** Nous recevons pas mal de monde en procédure de classement sous condition. J'explique : si des policiers trouvent un jeune en train de fumer, souvent ils nous l'envoient pour qu'on le voie une fois. Cela permet d'évaluer les choses et c'est classé sans suite au niveau pénal. Cela permet au moins d'avoir un contact avec un lieu de soin. La procédure est intéressante pour lui montrer que l'on n'est pas des ogres, que l'on ne va pas l'embastiller, lui passer une camisole de force.

L'autre chose, c'est que si les parents s'inquiètent, ils peuvent eux, consulter. Et je pense qu'il faut développer cette stratégie pour pouvoir faire le point, évaluer avec eux la situation et élaborer une tactique pour faire venir le jeune concerné.

*Propos recueillis par Claire Calmèjane*

Centre médical Marmottan, 17 /19 rue d'Armaillé Paris 17<sup>ème</sup>  
Tél : 01 45 74 00 04

Accueil :

- le lundi, mardi, mercredi, vendredi de 11 h à 19 h sans RDV.
- le jeudi de 12 h à 19 h sans RDV.
- le samedi de 12 h à 16 h.

Premier contact : venir plutôt avant 16 h.

## Faire face au Cannabis

Entretien avec le D<sup>r</sup> Philippe Nuss

**Bon nombre de jeunes psychotiques se complaisent à prendre du cannabis. Comment y faire face** En 2005, le docteur Philippe Nuss s'était exprimé pour la lettre sur ce sujet. Nous reprenons son entretien qui reste d'actualité.

**La Lettre :** Face au cannabis, les parents et proches de schizophrènes sont désarmés et impuissants. Que leur dire?

**Docteur Philippe Nuss :** Une première information à leur donner sur le cannabis, c'est qu'aujourd'hui, il est beaucoup plus délétère que le cannabis d'hier. Cette plante, à l'état naturel, contient une substance psycho-active, le delta 9 tétrahydrocannabinol (delta-9-THC). Par manipulation génétique, par hybridation, une sélection de variétés bien plus riches en THC a vu le jour. Les narcotrafiquants en ont profité.

Une autre information, c'est que le THC est une substance liposoluble. Or le cerveau c'est de la graisse... Le THC va s'y concentrer - comme le fait, par exemple, l'odeur du melon dans le beurre - au fur et à mesure des prises, à cause d'un effet cumulatif de ces prises, à l'inverse d'autres produits vite éliminés, comme l'alcool ou le tabac. Ainsi, il se peut qu'un patient prenne du cannabis sans effet apparent malgré une accumulation latente du produit.

**L. L. :** Qu'en est-il du lien avec la schizophrénie?

**D<sup>r</sup> P. N. :** Le THC agit sur des récepteurs qui lui ressemblent, dans les zones du cerveau impliquées dans l'étiopathologie de la schizophrénie, c'est à dire les régions critiques pour la schizophrénie : l'hippocampe, le cervelet, les noyaux gris. Ces zones correspondent pour l'hippocampe à la mémoire, pour le cervelet à la coordination de la pensée, des émotions et des actions, pour les noyaux du système limbique à tout ce qui est émotionnel. Chez les schizophrènes ou les sujets à risques, le cannabis va rendre plus fragile un terrain qui l'est déjà. Le stade fragile va passer au stade d'état. Autre point encore, le cannabis agit sur les inter neurones GA-BA qui servent normalement à « freiner » le cerveau. Le THC va « freiner un frein », c'est à dire permettre d'accélérer les processus liés à la dopamine, un neuromédiateur fondamental pour la schizophrénie.



Le cannabis :  
du plaisir au risque  
Jérôme Palozzolo et  
Louis Roure  
219 pages, 29,00 €  
Med-Line Éditions

**L. L. :** Quels sont les effets alors ressentis ?

**D<sup>r</sup> P. N. :** Le cannabis va agir sur la dopamine, d'une part dans les systèmes de récompense (c'est une drogue), d'autre part au niveau du système limbique (d'où les hallucinations).

**L. L. :** En résumé, quels méfaits le cannabis entraîne-t-il pour le patient schizophrène ?

**D<sup>r</sup> P. N. :** Le cannabis agit de façon dangereuse pour les patients par deux mécanismes : l'un jouant

sur des zones critiques, d'où l'aggravation du dysfonctionnement préalable de ces zones, l'autre sur un neuromédiateur fondamental pour le schizophrène, la dopamine, dont il augmente la libération.

**L. L. :** Le cannabis n'a-t-il que des effets négatifs pour une personne atteinte de schizophrénie ?

**D<sup>r</sup> P. N. :** Non, autrement les patients n'en prendraient pas ! Le schizophrène n'est pas un débile. S'il prend quelque chose, il faut toujours entendre pourquoi il le prend. Même si les méfaits sur lui du cannabis nous paraissent évidents, il faut entendre son « ça me fait du bien » et comprendre que sa réflexion porte sur des préoccupations dont on doit davantage tenir compte.

**L. L. :** Pour quelles raisons le cannabis semble-t-il lui faire du bien ?

**D<sup>r</sup> P. N. :** D'abord une raison psychologique. Le patient a l'impression qu'il a la maîtrise de sa vie, qu'il fait quelque chose. La plupart du temps, le schizophrène se sent impuissant face à sa propre vie. En prenant du cannabis, il a l'impression qu'il se passe en lui quelque chose qu'il a déclenché lui-même. L'autre aspect, c'est que le cannabis agit sur l'angoisse dans certains cas et aussi sur le plaisir.

Si on veut que cesse l'addiction, c'est à nous de trouver des stratégies pour agir sur ces deux points : donner aux patients une impression de maîtrise de leur vie et les aider à retrouver du plaisir.

**L. L. :** L'adolescent ne cède-t-il pas en plus à une mode ?

**D<sup>r</sup> P. N. :** Bien sûr. Aujourd'hui, dans l'esprit de beaucoup, être jeune, c'est fumer du cannabis. Or, un adolescent psychotique qui se sent déjà marginal, s'il prend un joint, a l'impression de faire partie d'un groupe, d'adhérer à un processus d'intégration : il n'est plus un patient, il devient un jeune consommateur. Le cannabis socialise. Il faut prendre ce fait en compte et faire un travail de meilleure socialisation auprès du patient, sans le passage par le cannabis.

**L. L. :** Et la dépendance ?

**D<sup>r</sup> P. N. :** Le cannabis entraîne, à partir d'une certaine consommation, un phénomène de dépendance d'autant plus dure à sevrer qu'elle est souvent associée à celle du tabac ou d'autres produits comme les neuroleptiques. Ceux-ci diminuant la capacité des sensations vont induire une prise plus importante de produit pour que le patient ait l'impression de ressentir quelque chose. Ainsi, en prenant davantage de produit, l'élimination est plus importante et par voie de conséquence, il est beaucoup plus sujet à la dépendance.

**L. L. :** C'est un cercle vicieux, alors ?

**D<sup>r</sup> P. N. :** Non, il faut remplacer le cannabis par de l'activité. Si le sujet a un projet, il ne fumera plus « les » cannabis de l'ennui. Restera celui de la dépendance, pour lequel un sevrage

ge organisé s'impose. Le cannabis ne doit pas être un lieu de coupure mais un lieu de rencontre.

**L. L. : Quelle attitude conseillez-vous aux parents de schizophrènes qui prennent du cannabis ?**

**D<sup>r</sup> P. N. :** L'important, c'est que les parents écoutent leur adolescent fragilisé - en lui donnant les informations raisonnables qui existent aujourd'hui sur ce produit - dialoguent avec lui sans pour autant « être favorable » ou « défavorable ». La question n'est pas là.

Le cannabis, il faut en parler avec l'adolescent non pas sur le mode moral mais en le faisant réfléchir sur les deux aspects qui lui paraissent en général évidents : - « Ça lui fait du bien », - « Ça lui fait du mal ». Il faut lui faire confiance en lui donnant des éléments de réflexion : - « Ça lui fait du bien ? ». - « Oui, de rencontrer d'autres personnes, d'avoir un statut identitaire, d'avoir son angoisse calmée ». - « Là où ça lui fait du mal ? » : - « Il est plus difficile à soigner et il vit des impressions fausses, un leurre qui augmentent son ennui. »

**L. L. : Le Pr. Lagrue, pour qui l'addiction au tabac comme au cannabis repose sur les mêmes ressorts, avait souhaité que vous évoquiez le problème de la psychothérapie face à cette dépendance.**

**D<sup>r</sup> P. N. :** Il faut faire une espèce de check-up du pour et du contre (voire, faire des colonnes du pour et du contre), dire à l'adolescent qu'il sait beaucoup de choses même s'il ne le dit pas (par exemple qu'il a eu des moments de paranoïa, que le cannabis l'aide à dormir). L'idée, c'est d'écrire ces éléments, de les ordonner (un travail « d'ordonnement » est déjà en soi thérapeutique) et de mettre ce savoir « implicite » qu'il a en rapport avec son projet (exemples : « Maintenant que tu sais cela, en quoi est-ce près ou loin de ton projet ? - En quoi, ça le gêne ? En quoi, ça l'aide ? »)

Se resituer dans une espèce de « fonctionnalité », c'est très important en thérapie. Il faut montrer qu'il y a du pour et du contre dans tout, c'est pour cela que j'appelle le cannabis « Entre le pour et le contre ». Parler du cannabis avec le patient restaure une dialectique. Si on arrive à restaurer une dialectique au sein de lui-même et de lui avec les autres, en abordant le problème du cannabis, on l'aide vraiment. Le problème psychique, c'est un travail de dialectique.

**L. L. : Qu'en est-il des familles dans cette démarche ?**

**D<sup>r</sup> P. N. :** Je les reçois avec leurs proches, sans leurs proches, étant aussi à l'écoute des amis des patients pour avoir un jugement le plus objectif possible. Il faut aider les parents à sortir des idées toutes faites, à utiliser un autre registre quand il s'agit de leur enfant, à devenir, au pied du mur, - plus intelligents ! Il faut qu'ils aient une ouverture d'esprit leur permettant de changer de cap. À quoi bon leurs « Je pensais que c'était grave ! » ou « Je croyais que ce n'était pas grave ! ». Dans ce cas de figure, les théories dans la tête peuvent être justes, seulement elles ne marchent pas. Le réel, c'est d'entendre : « Mon fils est toujours hospitalisé », « Il fume quinze pétards par jour », « Il vole », « Tout son fric de la Çotorep passe là-dedans ». Avoir un enfant malade oblige à réfléchir, à faire évoluer ses représentations, à faire découvrir quelque chose de plus intéressant qu'un projet personnel.

**L. L. : En fait, il faut beaucoup de flexibilité quand on est un proche de patient ?**

**D<sup>r</sup> P. N. :** Oui, c'est clair, fondamental, c'est une nécessité.

**L. L. : Quel message faut-il faire passer aux parents concernant la thérapie ?**

**D<sup>r</sup> P. N. :** Un thérapeute, s'il est en miroir du trouble du patient, n'opère-t-il pas à l'envers ? D'une manière identique ? Si le patient a en tête de fumer son pétard, le thérapeute doit-il être dans la logique du passage à l'acte à l'opposé ? Ce qu'il faut faire, c'est créer une alternative. Qu'est-ce que la maladie mentale ? C'est justement une diminution des alternatives. Quand les parents me disent : « Docteur, il faut l'hospitaliser » ou « Il faut un sevrage » ou encore « Il ne faut plus qu'il voit le dealer », je leur réponds : « Vous êtes l'anti-dealer. Il y a mieux à faire. Ce qu'il faut, c'est comprendre pourquoi votre enfant, alors qu'il a peur du dealer, va quand même au devant de lui. » En fait, il lui faut retrouver la liberté dans sa tête, la maladie le congestionne. C'est à nous de lui faire reconquérir de la liberté. Voilà pourquoi je suis opposé à tous les systèmes qui induisent des règles identiques à appliquer. Tout est question du contexte, une fois qu'on a compris le mécanisme.



**L. L. : En conclusion ?**

**D<sup>r</sup> P. N. :** Ces approches ne sont pas des réponses définitives, comme on peut en donner sur le plan infectieux, mais plutôt des questions en forme d'impasses, posées différemment pour trouver au mieux une réponse adaptée à une situation donnée. Il faut travailler au cas par cas, avec des règles générales, bien sûr, en fonction de ce qui est prioritaire à tel ou tel moment selon, par exemple, qu'on a devant soi des parents qui croient à la guérison de leur enfant sans cannabis ou qui ont compris leur maladie...

On dit souvent : « Quand c'est subtil, c'est moins efficace. »

Pour moi : « Plus c'est subtil, plus c'est efficace ! »

*Propos recueillis par Fl. V-D le 6 juin 2005*

**L. L. : En post-scriptum, pourriez-vous nous donner quelques précisions sur l'ECIMUD\* ?**

**D<sup>r</sup> P. N. :** Dans chaque hôpital de l'AP-HP, concerné par cette structure, la mise en place d'une consultation cannabis a pour but de faire de la prévention secondaire afin de dépister très tôt les éventuels débuts de la maladie souvent alors invisibles.

La plupart des malades étant co-morbides de la consommation de cannabis, les voir précocement, en les faisant entrer par la porte cannabis plutôt que la porte maladie mentale, m'a paru préférable. Après, en leur disant : « J'ai l'impression que cette souffrance est liée à une maladie », le rapport aux soins n'est plus un rapport de violence - comme dans l'épisode délirant aigu - mais un rapport autour d'un mal-être beaucoup plus proche d'eux.

(\* Il s'agit d'une équipe d'addictologie et de liaison dans l'hôpital.

Retour sur la comorbidité :

# Repenser les niveaux d'accueil et de soins pour une prise en charge globale



***Si cela bouge comme on l'a vu par endroits, nous sommes encore loin d'une offre globale satisfaisante. D'où la nécessité d'un retour sur l'état des lieux et les moyens d'adresser le casse-tête que constitue l'organisation de l'accueil et des soins pour nos proches qui souffrent, à leur corps défendant, à la fois de troubles psychiatriques et d'addiction.***

## Tour de piste

**De la difficulté de soigner l'addiction lors de troubles psychiatriques importants...**

Il est entendu que tous les toxicomaniaques et addicts ne sont pas atteints de troubles psychiatriques (et vice versa). Pour l'heure, la plupart des associations qui s'affairent autour d'une addiction (drogue, alcool, tabac) reconnaissent éprouver bien des difficultés à aider les personnes avec comorbidité et les refusent généralement dans leur groupe. « Il est délicat pour les AA (Alcooliques Anonymes) de voir les gens à pathologie associée venir » dit B. dans son témoignage à Brigitte Hautefeuille (dans ce numéro 74 de La Lettre). De même Marie-Christine d'Welles de l'association Enfance Sans Drogue le précise clairement : lorsqu'une personne présente, dans les centres avec lesquels elle travaille, un trouble psychiatrique en plus de sa toxicomanie, alors on l'oriente directement vers un service psychiatrique.

Pourquoi ? Parce que souvent ce trouble psychiatrique empêche la prise de conscience de son propre état. Or ces associations reposent justement sur la faculté des personnes à reconnaître leur état, sur leur potentiel motivationnel (même minime) et leurs facultés volitives, cognitives (réflexion, raisonnement,...) et sociales. Malheureusement ces aptitudes sont souvent atteintes lors d'un trouble psychique. Toutes les familles connaissent le « c'est pas moi qui suis fou, c'est toi », « C'est de votre faute si je suis dans cet état », l'aboulie, l'agressivité verbale et/ou physique de leur proche. Ces états ne permettent pas à une grande majorité de ces patients d'intégrer de telles associations pour bénéficier de leur apport positif. Tout dépendra donc de la sévérité du trouble psychique.

**Toutes les addictions ne sont pas à mettre sur le même niveau...**

Il est une nouvelle tendance en psychiatrie de classer toutes sortes de consommations et de comportements extrêmes sous la même appellation d'addiction : drogues, jeu vidéo, jeux d'argent, sexualité extrême, accrocs au sport ou au travail, etc. Il est possible qu'à la base on retrouve les mêmes dysfonctionnements neurobiochimiques ; cependant les conséquences sont plus graves avec les psychotropes, car il y a atteinte de la santé physique et mentale

de la personne avec possiblement des effets irréversibles. Certes un joueur de poker peut aller jusqu'à se ruiner ainsi que sa famille. Mais entre l'argent et l'Être, où place-t-on ses priorités ? Il est certains auteurs qui pensent que ce nivellement des addictions fait partie d'une désinformation générale contribuant à asservir les citoyens à partir de la faiblesse de chacun, et à les accoutumer à la présence de la drogue. A méditer...

Ensuite, s'il existe des drogues illicites, il en existe tout autant des licites ; ce sont les médicaments psychotropes. Et on observe depuis longtemps des dépendances aux médicaments comme il y a des dépendances aux drogues. Certaines personnes ne peuvent plus se passer de somnifères, d'antidépresseurs, de sédatifs divers ou autres petites pilules. Par ailleurs on peut se demander s'il est nécessaire d'assommer de tant de médicaments les patients s'inscrivant notamment dans des troubles dits psychotiques. Ces camisoles chimiques agissant apparemment sur chaque différent symptôme ont des effets secondaires (souvent somatiques) tels qu'ils nécessitent la prescription de médicaments supplémentaires pour les atténuer. A cela ajoutons les patients qui devraient prendre leur traitement et qui ne le font que sporadiquement voire pas du tout... et qui préfère s'adonner à d'autres « poisons » comme l'alcool, les drogues.

Enfin on peut se demander s'il faut lutter contre toutes les addictions dans le cas de comorbidité. Par exemple, doit-on se focaliser sur l'arrêt du tabac en cas de schizophrénie ou de trouble bipolaire ? Certes à moyen et long terme il est mortel par risque de cancer, mais la souffrance que procurent ces troubles est telle qu'il semble que la bataille contre le tabac soit déplacée. D'ailleurs certains services psychiatriques l'ont bien compris puisqu'ils maintiennent un fumoir dans leurs locaux et ce sont les infirmiers qui sont responsables de l'achat, de la garde et de la consommation des cigarettes par les patients. Certes le tabac est une toxicomanie socialement acceptée, mais c'est justement ce « socialement accepté » dont ont tant besoin les patients : la cigarette leur permet de « souffler », leur permet de communiquer... Alors c'est un moindre mal, non ? Bien sûr là aussi tout est question de quantité...



## Une prise en charge fragmentée

Une fois que la comorbidité est bel et bien établie, que fait-on ? Majoritairement en France les deux troubles sont pris en charge séparément : les psychiatres d'un côté, les addictologues de l'autre. Cela signifie deux centres, deux adresses, deux équipes, deux discours... C'est souvent un « chassé-croisé » qui aboutit rarement à une amélioration de l'état des patients. Souffrant d'incohérence à l'intérieur de leur tête, ces patients se retrouvent face à l'incohérence des soins, le comble... Ils préféreront d'ailleurs être pris en charge dans un centre d'addictologie échappant ainsi à l'étiquetage de « malade mental » ; souvent en recherche désespérée d'une identité, ils acceptent de se reconnaître comme drogués ou alcooliques, plutôt que « fous ».

Du côté des professionnels, comme l'écrit le Docteur Olivier Pouclet de l'intersecteur de toxicomanie de Metz, « le secteur public de santé mentale est resté, pendant une longue période, à l'écart du processus de soin des toxicomanes. Il existe une réelle réticence de la part de la psychiatrie à utiliser les modalités de prise en charge de la toxicomanie et notamment des traitements de substitution. Dans l'enquête de P. Noël en 1998 sur le suivi des patients toxicomanes, 36% des praticiens hospitaliers de secteur s'estiment incompetents et 59% jugent la prise en charge trop lourde ». Chacun s'est figé dans ses modèles théoriques et pratiques, raidissant la possibilité de prise en charge de ces patients en collaboration.

L'importance croissante que prend désormais la toxicomanie dans les troubles psychiques oblige les acteurs des soins à repenser les soins au moins dans un premier temps de façon conjointe pour aboutir un jour peut-être à une prise en charge globale. Les expériences américaines et québécoises ont montré l'apport positif d'une approche spécifique de ces patients qui tient compte d'un traitement simultané et intégré des deux diagnostics tant sur le plan psychique, social que somatique. Mais dans ce cas, il faut faire attention à ne pas se retrouver dans un modèle de soins unique qui enfermerait et « menacerait » le patient face à un thérapeute tout puissant. Ni la multitude des intervenants, ni l'omnipotence d'un psychiatre...

En France certains centres travaillent depuis plusieurs années en réseau, comme le CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie) de Roubaix. Le personnel des services psychiatriques hospitaliers sort de l'hôpital pour rencontrer tous les mois et demi l'équipe d'addictologie qui suit les mêmes patients afin de faire un point et réajuster de chaque côté les mesures thérapeutiques et les traitements. Il y a une volonté de projet autour de chaque patient. Ce n'est que dans ces conditions que les patients ont une chance de connaître une évolution positive.

## Conclusion

Voilà donc la réalité complexe du monde psychiatrique, bien différent des autres spécialités médicales, d'abord parce que le fonctionnement du psychisme reste un mystère

dans sa globalité, parce que les patients sont difficilement « compliants » et enfin parce qu'on touche là à ce qui fait et défait l'humain dans toute son objectivité et subjectivité.

La comorbidité telle que présentée dans cet article est hélas une situation banale aujourd'hui. Il s'agit donc d'en tenir compte pour plusieurs raisons. Tout d'abord la démarche pour se procurer les produits démontre un certain potentiel actif chez le patient, qui pourrait être utilisée autrement par les thérapeutes. Ensuite la consommation de substances spécifiques correspond généralement à un besoin particulier des patients, qu'il faut réussir à comprendre pour traduire les symptômes qui les font souffrir et qu'il faut parvenir à « stabiliser ».

Comme le dit le Docteur Philippe Nuss, interviewé par Florine Vincent Deaurville en 2005 (entretien repris dans ce numéro 74 de La Lettre) « il faut aider les parents à sortir des idées toutes faites, à utiliser un autre registre quand il s'agit de leur enfant, à devenir, au pied du mur, plus intelligents ! Il faut qu'ils aient une ouverture d'esprit leur permettant de changer de cap ». Critiquer, blâmer ne servent plus à rien, arrivé à un certain stade... Alors il s'agit de s'intéresser aux faits et non à ses opinions ou ses projections sur la situation. Ce n'est que de cette façon que d'une part une certaine communication peut être renouée avec le proche et que d'autre part les soins les plus adaptés vont être recherchés.

A cela il faut ajouter les cas de multi-mobilité ; les patients souffrant en plus de maladies somatiques telles que le VIH (Infection par le virus de l'immunodéficience humaine) ou l'hépatite C, et ont des difficultés sociales sérieuses, à commencer par les problèmes familiaux, le chômage, des ennuis judiciaires. Enfin les symptômes psychiques peuvent concerner plusieurs syndromes psychiatriques.

Désormais le vocabulaire à retenir est : comorbidité, réseau. Tenir compte de cet ensemble est la seule façon d'améliorer les conditions de vie de ces malades. Les professionnels des soins psychiatriques doivent eux aussi s'ouvrir aux autres et travailler en collaboration pour tenir compte de la globalité de l'être malade qui souffre justement d'une tendance à la « dissociation mentale ». Les soins doivent se mettre en place comme différents chantiers axés sur le médical, le social, la nourriture, l'occupationnel, etc. Seul cet ensemble sera garant d'une évolution positive du patient.

*Véronique Kowarz*

Témoignage d'une mère

# Surmonter la dépendance à l'alcool dans les troubles psychiques



*S'il est « chant de lumière et de fraternité » (Baudelaire), l'alcool, comme le feu, réchauffe et... consomme. Les troubles psychiques créent dans un être des fissures que l'alcool vient colmater, parfois à long terme, à l'origine d'une dépendance souvent sans fond... La Lettre a recueilli le témoignage d'une bénévole de l'Unafam/Paris, Laurence, qui a dû affronter cette comorbidité touchant son fils âgé aujourd'hui de 37 ans.*

**Laurence, racontez-nous votre expérience pour que d'autres familles, dans le désarroi, puissent en tirer parti...**

A l'adolescence, comme c'est le cas chez beaucoup de jeunes, notre fils Jérôme a montré parfois un comportement instable. Ses rapports avec nous sont toujours restés bons, les ponts n'ont jamais été coupés. Quand, à 18 ans, il nous a demandé d'avoir un « chez-lui », mon mari et moi avons naturellement accepté d'aider financièrement cette autonomie.

### **Comment s'occupait-il alors ?**

Il était actif faisant des petits boulots. Bientôt, une amie est venue vivre avec lui. Le jour où nous avons découvert, par le biais de cette amie, que notre fils était capable de violence, qu'il avait des difficultés d'ordre psychique et qu'en plus il était alcoolique, nous n'avons pu le croire, nous étions atterrés, c'était impensable... Par manque de savoir, nous avons laissé passer une occasion d'hospitalisation en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) !

### **Et vous avez progressé ensuite ?**

Oui, nous et lui aussi, grâce à un combat mené sur tous les fronts. Nous ne connaissons rien ni à la maladie psychique ni à l'alcoolisme. Il nous a fallu chercher à tâtons des solutions. Pour aider mon fils, je me suis d'abord tournée vers des groupes de familles d'alcooliques. C'est par ce biais qu'au bout d'un an, j'ai compris la présence insidieuse de la souffrance psychique...

### **Qu'en a-t-il été médicalement ?**

La difficulté a été d'abord d'amener Jérôme à consulter. Des actes de violence commis par lui en état d'alcoolisation aiguë ont abouti à plusieurs HDT et HO (hospitalisations d'office). Les avis des psychiatres étaient alors partagés ( l'un d'entre eux a même refusé de garder Jérôme en HO à cause de son alcoolisme !...). La majorité d'entre eux ne prenaient pas en compte l'alcoolodépendance. Finalement, un psychiatre l'a envoyé à une consultation d'alcoologie à l'Hôpital Beaujon. Là, le docteur Batel, alcoologue et psychiatre, lui ayant dit qu'il était et psychotique et alcoolique, lui a proposé de l'aider dans ces deux domaines.

Le traitement de la maladie psychique devait être suivi en CMP avec, en marge, une information des familles avec ce docteur à propos de la maladie alcoolique.

### **Qu'est-ce qui avait démarré en premier chez Jérôme ? La maladie psychique ou la maladie alcoolique ?**

La maladie psychique assurément mais de manière progressive et sournoise, l'alcoolisme plus « visible » dans son cas en en ayant probablement aggravé les symptômes. Depuis dix ans, je tiens un carnet de l'histoire de ses troubles, ce qui m'a aidée à prendre de la distance, à voir plus clair dans l'imbrication des troubles psychiques et alcooliques, à insister auprès du corps médical pour une prise en compte globale des troubles.

### **Quels types de troubles ?**

Des pensées paranoïaques, un comportement explosif en état d'alcoolisation avec menaces, violences, désordres sur la voie publique, un état dépressif aussi, à l'arrêt de l'alcool en particulier. Les péripéties ont été nombreuses et le chemin très long : cures de désintoxication, de réadaptation etc... Il nous a fallu vivre des épreuves très dures : passage de Jérôme par un coma éthylique, ramassage par des flics, jugements, amendes, TS (tentative de suicide), confrontations aux policiers, aux pompiers, aux urgences des hôpitaux ...

### **Et, aujourd'hui ?**

Une réelle évolution a vu le jour avec le CMP ( Centre Médico Psychologique ) de son secteur. Il est depuis plus d'un an en sortie d'essai d'HO avec obligation de soins. Ayant noué une relation de confiance avec les soignants, il accepte ce cadrage dont il a besoin. Son rapport avec l'alcool a évolué ; s'il ne peut s'en passer complètement, il le gère mieux et surtout, il n'est plus agressif ni violent. Il mène une vie sociale aussi équilibrée que possible avec, à la clé, un logement indépendant, une amie qui a des enfants dont il aime à s'occuper. Nos liens avec lui restent étroits. Et puis, il le sait, nous ne lui ouvrons la porte que quand il n'a pas bu...

*Propos recueillis par Fl. V-D*

Témoignage d'un père

# Mon fils va bien !

Je passe sur la difficulté de notre parcours pour soigner notre fils. On ne voulait pas accepter la maladie. Il avait environ 20 ans, on a cru à une adolescence tardive, qu'il était feignant, puis manipulateur, et enfin que c'était un voyou ! Mais, après un véritable parcours du combattant, on a eu la chance de tomber sur un médecin très carré. Et là on a frappé très fort.

Je l'ai signalé au commissariat. Puis j'ai dû demander une HDT, après l'avoir mis en curatelle renforcée. Il s'est enfui de l'hôpital, la police prévenue à bien fait son travail, elle a été très correcte avec Noël. Il a passé 6 mois à Maison-Blanche. Je passe sur les erreurs de parcours, les rendez-vous manqués, etc...

J'ai été prévenu... la veille de sa sortie. Le lendemain, il était déjà dans un appartement, qu'il avait complètement délabré. Je l'ai gardé pour lui, et l'ai remis en état pour sa sortie.

Je me suis mis en congé et je l'ai emmené 3 semaines à la campagne, pour le rééduquer, l'aider à se reconstruire. Il fallait l'occuper, l'intéresser. On courait un peu, on faisait la cuisine. Un moment difficile : je l'ai fait conduire. En prenant le risque, sur une petite route de campagne, qu'il aille dans le fossé. Mais, au risque de perdre la voiture, c'était lui manifester ma confiance. Et cela s'est bien passé.

Après ces 3 semaines, il a réintégré son appartement (remis en état), il fut accepté dans un atelier où on l'occupait. Mais il s'ennuyait beaucoup. Heureusement la famille l'a entouré, elle a été très solidaire. Ses grands parents, ses cousins et cousines, son frère. Je n'étais pas seul. Ils l'emmenaient souvent au cinéma. Il allait aussi très souvent au musée.

Et, dans le cadre d'une mission « handicapés », il a trouvé un emploi à temps complet, dans un magasin de jardinage. Ce fut très dur pour lui, très fatigant. A l'époque, une fois par semaine, j'allais dormir chez lui. C'était une soirée de fête. On allait parfois au restaurant, ou on dînait chez lui, selon ses envies.

Mais 8 mois plus tard, il fut un peu perturbé et arrêta ses médicaments.

J'ai dû me battre pour qu'il soit pris en main sur le plan psychologique, car l'équipe médicale était résolument contre. Enfin il a rencontré une psychologue clinicienne avec qui cela s'est bien passé. Elle a été admirable, et il a pris conscience de sa fragilité. Tandis que le psychiatre référent menaçait de l'hospitaliser. La psychologue a calmé le jeu, demandant qu'on trouve un autre traitement. Cela a marché. Il a dit « j'ai des troubles psychiques, je suis fragile, il faut me soigner ». Il a repris son travail, avec un mi-temps thérapeutique dans la même entreprise. Où il est très apprécié, alors qu'elle avait failli le virer.

Actuellement, il est perturbé parce que son mi-temps va

s'arrêter, et le temps complet lui fait peur.

Mais il gère ce problème, il s'en occupe, comme il gère son traitement, ses finances (je lui avance l'argent puisqu'il est sous curatelle mais il me rembourse tout : son loyer, ses vacances, ses extras, ...). Il ne boit pas une goutte d'alcool ni ne prend de cannabis. Comme il n'aime pas prendre ses vacances seul, il va au Club Med. Il vient de passer 8 jours aux sports d'hiver. Il habite seul, il vit à ses rythmes.

Je considère qu'il a récupéré à 95%, même s'il reste très fatigable. Je suis fier de mon fils.

Et nos rapports sont très apaisés, on parle d'homme à homme plus que d'un père à son fils. De même avec son frère cadet, qui était devenu le grand frère, il retrouve sa place d'aîné.

Il est en contact permanent avec la famille dont il est un élément fédérateur.

Et précieuse est cette phrase qu'il a dite un jour : « tu sais, c'est très important d'avoir un père ».

Je reste néanmoins dans les groupes de parole parce que cela peut donner espoir à d'autres parents, mais aussi parce que je garde conscience que cet équilibre peut rebasculer.

Je crois que la difficulté pour les parents est qu'on leur demande simultanément d'être présents et d'être très loin ? S'ils ont avancé sur leur propre chemin, cela les rend plus lucides. Car il leur faut beaucoup d'amour, beaucoup de patience, mais aussi il leur faut savoir prendre le risque de faire confiance, en sachant que cela marche mais que l'on pourrait perdre.

*Bruno Emieux*

---

## Réaction d'une membre du Comité de Rédaction de « La Lettre » à ce témoignage :

Vous avez laissé conduire votre fils. Conduire une voiture, être soi-même au volant, c'est conduire sa propre vie. Vous lui avez apporté là une telle marque de confiance ! Vous l'avez rassuré sur sa capacité à conduire sa vie, vous lui avez fait crédit sur ce qu'il vous devait. Vous avez bien fait, votre fils va bien.