

LIEN N° 12

## DU SEL SUR NOS PLAIES ...

Le 27 avril dernier, nous avons organisé une réunion des familles de l'UNAFAM sur le thème des *dépendances*.

Ce fut un succès public. La salle des Jacobines était bien remplie : les familles, mais aussi les professionnels de la santé mentale.

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet ?

Lors de nos entretiens avec les familles, dans les groupes de paroles, les permanences, dans les discussions informelles, un point revenait très fréquemment : mon fils (ma fille), boit et/ou fume et / ou s'adonne au cannabis.

Nous sentions bien que cela provoquait une angoisse importante chez les parents, angoisse qui s'ajoutait à celle des conséquences de la maladie.

Nous voulions donc en avoir le cœur net : Quelle est l'ampleur du phénomène ? La prise de ces substances est-elle un facteur

aggravant de la maladie psychique ? Quelles en sont les conséquences ? Comment mettre en place des mesures de dissuasion ? Hélas, nous avons quelque raison d'être inquiets : 80% des personnes atteintes de troubles schizophréniques fument de manière intensive, 60% consomment des boissons alcooliques à l'excès, et, selon les estimations (c'est un produit illicite), 30% prennent du cannabis. Tous les intervenants ont été d'accord sur le fait que la prise d'une de ces trois substances est un facteur aggravant de la maladie psychique, le cannabis étant soupçonné d'être un facteur déclenchant. Au passage, parler de « drogue douce » est une ineptie. Même le tabac a une action immédiate sur la maladie car la nicotine qu'il contient est une substance psycho-active qui intervient sur le psychisme, de plus la fumée peut détruire l'effet de certains médicaments. N'insistons pas sur les conséquences à long terme (cancers, espérance de vie diminuée...) Il y a plus inquiétant : la prise simultanée de deux, voire de trois substances, ce que les médecins nomment « la comorbidité » est une pratique en augmentation dans la population. Les crises deviennent plus dures, la maladie plus grave, les effets secondaires plus importants, les quelques personnes dangereuses le sont encore plus. Alors que faire ? Dans l'état actuel, il a peu de choses qui sont mises en place. Nous en sommes réduits à faire prendre conscience à tous (patients, familles, équipes soignantes, pouvoirs publics...) qu'il faudrait mettre en place des actions spécifiques pour les personnes atteintes de troubles psychiques. J'y reviens plus loin.

Comme d'habitude, prenez bien soin de vous...

Francis JAN

AU SOMMAIRE DU PROCHAIN  
NUMERO :

« **VISAGES DE LA DEPRESSION** »  
par le Docteur CAPITAIN  
Médecin référent de l'UNAFAM21  
Chef de service au CHS La  
Chartreuse DIJON

*SI VOUS CHERCHEZ UNE INFORMATION SUR  
NOTRE ASSOCIATION, SUR LA MALADIE  
PSYCHIQUE, AVOIR LES COORDONNEES D'UNE  
AUTRE SECTION, UNE ADRESSE INTERNET :*

**« [www.unafam.org](http://www.unafam.org) »**

## AU SOMMAIRE

### SPECIAL « **DEPENDANCES ET MALADIES PSYCHIQUES** »

- Page 3 : Introduction au débat  
Par Francis Jan UNAFAM21
- Page 5 : La dépendance au cannabis  
par le Docteur Pinoit.
- Page 8 : La dépendance à l'alcool  
par le Docteur Milleret
- Page 11 : La dépendance au tabac  
par le Docteur Alibert
- Page 12 : Dépendances et maladies  
psychiques  
par le Docteur Capitain
- Page 14 : Quelles actions mener ?  
Par Francis Jan UNAFAM21
- Page 15 : **Le pique-nique convivial**
- Page 16 : **Nouvelles du CHS**
- Page 17 : **Recherche sur les troubles  
bipolaires**
- Page 18 : **l'idée du Psy-Trialogue**

## DEPENDANCES ET MALADIE PSYCHIQUE

*Cette conférence, organisée par l'UNAFAM  
de Côte-d'Or s'est tenue le 27 avril 2005 à  
la salle des Jacobines à Dijon.*

*Après une introduction du Président délégué  
de l'UNAFAM21, sont intervenus le docteur  
Pinoit, praticien hospitalier au CHU de Dijon,  
le docteur Milleret, chef de service au CHS  
de la Chartreuse, le docteur Alibert,  
médecin tabacologue, le docteur Capitain,  
chef de service au CHS de la Chartreuse et  
médecin référent de l'UNAFAM21.*

*Dans un article complémentaire, F. Jan  
revient sur les actions à mener.*

## INTRODUCTION

**Par Francis JAN UNAFAM21**

La vocation première de notre association  
est d'aider, soutenir, informer les familles  
ayant un proche malade psychique. Pour ce

faire, l'UNAFAM organise des permanences, accueille les familles, propose une écoute téléphonique, a des groupes de paroles et des réunions d'information comme celle-ci, édite un journal " le Lien ".

En seconde mission, elle essaye d'améliorer les conditions de vie des personnes souffrantes en donnant son point de vue, en impulsant les travaux liés à la recherche, en prenant part aux instances de décision sur la santé mentale, en essayant d'orienter la législation sur la question.

Point important, elle propose d'aider le patient dans son projet d'insertion sociale. Pour ne citer qu'un seul exemple, l'UNAFAM gère, au niveau national, environ 120 établissements dont 4 en Bourgogne : Foyer des Boisseaux à Monéteau près d'Auxerre, Espérance Yonne avec un service d'accueil pour une cinquantaine de personnes à Auxerre et à Sens, Espérance Macon et Paray et bientôt Chalon en Saône et Loire.

La dernière tâche de l'UNAFAM est d'essayer de changer l'image de la maladie psychique.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il est nécessaire de rappeler le contexte.

Il n'y a pas à l'heure actuelle de recensement permettant d'évaluer le nombre de malades psychiques en Côte-d'Or. Le chiffre de 5000, jusqu' alors avancé pour ne pas trop surprendre les interlocuteurs, devrait être remplacé par une estimation se situant autour de 7000 personnes par référence à la littérature sur le sujet (OMS, UNAFAM).

Où sont ces personnes ? Environ 4/5 d'entre elles vivent à l'extérieur des institutions, dans la cité. Pour la moitié,

l'accompagnement à la sortie du CHS est assuré par les familles, dans un contexte où les structures spécifiques sont en nombre insuffisant, où la psychiatrie est en crise et ne peut assurer un service de proximité faute de moyens, essentiellement. Une récente enquête UNAFAM, présentée au colloque " Médicaments et Psychoses ", a confirmé par ailleurs que 40% des malades psychiques abandonnent leur traitement dès la première année, ce qui signifie que la continuité des soins n'existe pas. L'abandon du traitement, dont les causes sont multiples (dénî de la pathologie, effets secondaires...), entraîne pour le sujet la dégradation de ses conditions matérielles et psychiques, peut conduire à l'hospitalisation. Le cercle infernal se reproduit...

Pour se rapprocher du thème de la conférence, il convient de souligner un problème majeur, évoqué de manière récurrente par les familles dans les groupes de paroles, lors des écoutes et des permanences : le désarroi des parents devant les comportements excessifs de leurs enfants face au cannabis, à l'alcool et au tabac.

D'où la question : est ce que les inquiétudes de ces derniers devant des consommations qu'ils jugent excessives et qui amèneraient une détérioration de l'état psychique des patients sont justifiées ou non fondées ?

Dans son exposé sur les maladies bipolaires (le Lien 11), le docteur Girod relève que l'alcool touche 40% des sujets. Le professeur Lagrue indique par ailleurs que 80% des personnes atteintes de schizophrénie fument.

Quant on sait que certains fument et boivent, voire s'adonnent aux trois addictions, on peut comprendre le souci des familles.

Deuxième question après cet état des lieux : quelles relations ces trois substances entretiennent elles avec la maladie psychique ? L'angoisse semble induire une consommation hors norme de l'alcool. Le tabac, le cannabis peuvent amener une sensation de soulagement. On sait que certains produits interfèrent sur le psychisme.

Enfin il faut parler des conséquences. Certains points peuvent amener la controverse comme cette interrogation : le cannabis est il un facteur déclenchant ? On est par contre certain qu'il constitue un élément aggravant).

L'incidence de ces substances sur la santé psychique et physique à moyen et long terme est d'importance. L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques est inférieure de 11 ans à la moyenne nationale. La part du budget consacré à l'achat de tabac, d'alcool, de cannabis est faite au détriment des besoins élémentaires (nourriture), pour des personnes qui n'ont, pour un nombre non négligeable d'entre elles, que l'AAH comme revenu. Les familles souffrent de ces pratiques. Pour l'exprimer par une image, c'est un peu de sel sur leurs plaies.

Quelles sont alors les solutions proposées ? En Côte-d'Or, existe le réseau RESACOR qui regroupe les principaux acteurs impliqués dans la lutte contre les substances addictives. Le foyer " Le Renouveau " prend en charge les problèmes d'alcool. On connaît

le substitut nicotine dans le cas du tabac. Un suivi médical spécialisé avec acceptation d'un protocole par le patient et sa famille peut être mis en place. Mais pour que le malade puisse consentir à réduire sa consommation, voire l'arrêter, et prendre toutes les mesures qui s'imposent, il faut qu'il soit coopérant. Quand il ne l'est pas, l'accompagnement consiste à le convaincre, à expliquer et à expliquer de nouveau... et l'on se retrouve dans la problématique rencontrée pour obtenir une adhésion aux soins.

## LA DEPENDANCE AU CANNABIS

Par le docteur PINOIT

Outre mes fonctions de psychiatre au CHU de Dijon où je m'occupe particulièrement des questions liées à la consommation de drogues, de tabac et d'alcool, je travaille depuis plusieurs années à la Maison Matisse qui accueille des jeunes patients schizophrènes à leur sortie de l'hospitalisation. C'est surtout au titre de cette interface que j'interviens.

Quelques rappels sur cette plante qu'est le cannabis. Les premières traces, en Chine, remontent à 4000 ans. Jusqu'à une période très récente elle n'était pas utilisée comme psychotrope mais plutôt comme médicament pour ses vertus sédatives. En Asie, elle pouvait intervenir dans les rites religieux. Aucune connotation illégale ou marginale n'était associée au produit. Plante non européenne, le cannabis s'est développé

progressivement à partir du 6<sup>o</sup> siècle avant Jésus Christ sans être frappé d'interdit religieux comme pouvait l'être l'alcool, (en Hébreu, haschich signifie herbe). Son arrivée massive se situe autour du 13<sup>o</sup> siècle. Au 16<sup>o</sup> siècle il passe la Méditerranée et est utilisé comme psychotrope, comme hallucinogène. Au 19<sup>o</sup> siècle le psychiatre Moreau de Tours décrit de façon remarquable les effets du cannabis, avec d'autant plus de pertinence qu'il en consommait sans modération. Il a fait des émules dont certains sont célèbres.

La plante ne possède qu'un seul genre constitué de 100 variétés. La taille qui dépend beaucoup de l'endroit où on la cultive, de l'ensoleillement, du degré d'hydrométrie, s'inscrit dans une fourchette de 60 centimètres à 6 mètres de haut.

La teneur en principe actif (en tétrahydrocannabinol) peut varier dans de fortes proportions, de 0,2 à 20%. L'incidence sur le psychisme d'une consommation de haschich dosé à 0,2% n'a rien à voir avec celle d'une substance à 20%. Un produit à forte teneur en principe actif, cultivé pour sa grande valeur marchande, va avoir des effets beaucoup plus dévastateurs. On trouve même du cannabis transgénique particulièrement dangereux compte tenu de sa forte teneur en principe actif.

La première utilisation du cannabis était le textile. Aujourd'hui, on peut en trouver dans la composition des peintures et des vernis, mais c'est son usage comme psychotrope qui nous intéresse ici.

Il existe diverses manières de consommer.

" L'herbe " élaborée à partir des feuilles et des extrémités fleuries séchées est fumée le plus souvent mélangée avec du tabac. Le produit n'est donc pas aussi inoffensif que le pensent nombre de jeunes et sa dangerosité dépend, entre autre, de sa teneur en principe actif.

Très courant également, le haschich, sous forme de résine, est récolté à partir des extrémités fleuries. Le plus répandu est le haschich marocain de couleur marron foncé et dur. D'autres productions existent, moins utilisées comme celle venant du Pakistan plus malléable mais plus chère et plus chargée en principe actif.

Beaucoup plus rares, des préparations telle que l'huile de cannabis sont très toxicomaniaques. Exceptionnellement et uniquement dans des cas de dépendances très graves, l'essence de cannabis a des effets terribles sur l'organisme.

Enfin il faut mettre en garde contre une pratique assez répandue à l'heure actuelle chez les adolescents : les pipes à eau. Le principe est de faire passer le produit concentré au travers de l'eau. La toxicité augmente de manière importante (10 fois celle d'un joint).

Au moment du passage à l'euro, l'économie du cannabis en France était estimée à 4,4 milliards de francs.

### Les effets de la consommation de cannabis

Il convient de distinguer les effets immédiats des conséquences à long terme.

#### Les effets immédiats

Le cannabis est avant tout un révélateur et un amplificateur de l'humeur.

Quand ils sont gais, les utilisateurs du produit sont détendus, deviennent euphoriques, ressentent une ivresse comparable à celle de l'alcool. Par contre en période de tristesse, les risques de dépression sont importants.

Le cannabis augmente les perceptions sensorielles. Les sons et les couleurs deviennent très pénétrants comme exacerbés. On constate également des phénomènes d'inversion où les couleurs ont des sons et les sons sont colorés. Ces sensations sont recherchées notamment par les adolescents qui apprécient ces expériences perceptuelles difficiles à obtenir autrement.

Le temps est différent. Il s'allonge. Les durées de réaction sont modifiées ce qui pose problème pour la conduite automobile.

Certaines personnes font de véritables attaques de panique c'est à dire, des crises anxieuses incontrôlables. En général, elles ne renouvellent pas l'expérience.

Le cannabis n'a pas sur les individus d'effets univoques.

La symptomatologie varie selon :

- \* La quantité de produit que l'on fume ou que l'on ingère, qui est elle-même dépendante de la teneur.
- \* Le mode d'administration. S'il est fumé, les effets sont plus rapides mais moins importants que s'il est ingéré.
- \* L'état thymique (humeur gaie ou triste).
- \* La structure psychique du sujet. Pris en grande quantité la substance produit des hallucinations. Parfois et à fortiori si la personnalité est fragile, des prises plus ou moins importantes peuvent aussi provoquer

des manifestations délirantes qui vont durer plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois.

### Les effets sur le long terme

~ Sur l'organisme

Le cannabis est irritant pour les grosses bronches. Il est trois fois plus cancérigène que le tabac. On peut donc facilement imaginer les conséquences pour les usagers des deux produits. Il a des effets toxiques sur le système endocrinien (augmentation de la poitrine) et sur le système de la reproduction (toutefois réversibles à l'arrêt des prises).

~ Sur le psychisme

Si dans l'instant le cannabis apaise, dans la durée avec une utilisation quotidienne, il devient anxiogène et la personne entre dans un cercle destructeur : l'état d'anxiété dans lequel elle se trouve l'amène à consommer plus car elle sait que, sur le moment, elle aura une sensation de bien-être. Donc plus elle consomme plus elle est anxieuse et plus elle est anxieuse plus elle consomme. Le sevrage sera très difficile à gérer parce que l'arrêt de la consommation provoque chez le sujet une très grande angoisse.

Le cannabis détruit toute envie de " faire " qu'il s'agisse d'aller au travail ou à l'école, d'avoir des investissements extra-professionnels ou extra-scolaires, de s'occuper de sa famille, de se soigner. Il est donc particulièrement ardu de faire l'effort d'arrêter alors que l'intoxication elle-même fait que l'on n'a pas envie de faire cet effort.

### Le cannabis et la schizophrénie

Le cannabis (c'est presque une certitude) est un révélateur de la maladie.

Par contre à la question, le cannabis peut-il faire le lit de la schizophrénie c.a.d. peut-il "fabriquer" des schizophrènes, nous n'avons pas la réponse. Nous ne possédons que des hypothèses. L'une est que le fait de fumer jeune (10/11 ans), et régulièrement, pourrait constituer un facteur de vulnérabilité s'il est associé à d'autres éléments. Par contre il est reconnu que la prise du produit aggrave la pathologie. Les malades consommateurs sont plus souvent hospitalisés et les décès plus nombreux. Le fait de fumer engendre plus d'arrêts de traitements médicamenteux, provoque la rupture des liens familiaux et des prises en charge (psychothérapie, soutien social...).

### Le sevrage au cannabis

Celui-ci doit être brutal. Pendant plusieurs mois ce sera pour le sujet un très mauvais moment à passer.

## **LA DEPENDANCE A L'ALCOOL**

**Par le docteur MILLERET**

Avec l'alcool, les références historiques sont très lointaines. Cent mille ans avant Jésus Christ, on retrouve sur les plateaux actuels de l'Iran (l'ancienne Perse) des traces de vignes. Produit culturel, son éradication par des politiques de prohibition a toujours échoué, le remède étant pire que le mal. (Aux Etats-Unis après la guerre de 1914, en URSS pour essayer de régler le problème de l'alcoolisme). Rapidement se mettaient en place des réseaux de marché noir avec la multiplication des offres frelatées et la

constitution de mafias, d'où l'abandon de telles politiques par les USA et de manière plus diffuse par la Russie.

Il s'agit donc d'une question complexe qui concerne une part importante de la population et qui fait partie des préoccupations de santé publique d'un pays. L'alcool est un facteur de convivialité qui participe à la norme sociale. Mais c'est aussi une drogue au regard de ses utilisations néfastes, même si elle reste autorisée compte tenu de sa place culturelle et symbolique (le sang du Christ).

Comme le toxicomane, la personne alcoolique a besoin du produit et ressent les mêmes phénomènes de manque. S'installe une conduite de dépendance qu'il est très difficile de pouvoir casser. Parallèlement, existent ce que l'on décrit comme étant des consommations excessives, à risque, pour lesquelles furent créés en 1975 les centres d'hygiène alimentaire. Le problème y était abordé sans qu'il soit véritablement nommé. Les difficultés rencontrées notamment pour pouvoir faire la différence entre les consommateurs abusifs et les utilisateurs dépendants n'ont pas permis la pérennisation de la démarche. L'importance du nombre des personnes qui sont dans une problématique d'alcool avec une consommation néfaste ou avec une dépendance à une consommation excessive renvoie à la nécessité d'une prévention en matière de santé publique et à des soins. Dans les années 1975, un ensemble de mesures a vu le jour (dont les centres d'hygiène alimentaire précédemment cités), et ce malgré la complexité de l'état des lieux : 5 millions d'individus touchés par l'alcool mais aussi un nombre important de personnes qui en vivent. Entre les

répercussions sur la santé publique et les problèmes économiques, les débats ne sont pas faciles à gérer, (l'alcool est impliqué dans les 2/3 des accidents mortels de la route). Pour essayer de faire face a été sollicitée la psychiatrie mais aussi des structures spécifiques qui proposent des soins à cette population. Les premiers résultats positifs de ces mesures ont pu être constatés avec, semble-t-il une stagnation de la consommation en France. Je suis coordinateur du réseau alcool en Côte-d'Or avec monsieur de Larocque-Latour qui s'occupe surtout de la partie administrative. Notre mission consiste à gérer le mieux possible la coordination des soins en impliquant un certain nombre de partenaires Une sorte de charte a été signée, une association a été créée qui travaille dans tout le département. Je m'occupe plus spécifiquement d'une consultation "alcool". L'acceptation d'une prise en charge par la personne qui se rend dans une structure est la première étape dans la reconnaissance de sa pathologie.

Le travail le plus difficile des généralistes, qui sont souvent les premiers concernés, est de savoir aborder la question suivante : comment faire percevoir à un patient sa situation d'alcoolique, comment lui faire prendre conscience de ses difficultés alors qu'il est sur la défensive? Pour convaincre et amener le malade à se présenter à une consultation spécialisée, la démarche demandera du temps. Le système en place vise à proposer une prise en charge cohérente et structurée des soins correspondant à ce que le sujet désire. Le parcours sera long avec des périodes de crises, des règles et un contrat qui ne seront pas toujours forcément respectés.

Il peut s'agir :

- \* d'une offre de soins ambulatoires et d'un soutien en CMP ,
- \* pour certains, de simples consultations avec une prescription de magnésium,
- \* pour d'autres, de l'assistance d'une association ou d'un mouvement d'abstinents volontaires (personnes qui ont connu l'alcoolisme et qui se réunissent pour aider et se soutenir entre elles),
- \* enfin de séjours dans des établissements de cure ou de post cure comme le foyer "Le Renouveau".

La situation qui vient d'être décrite doit être différenciée d'une autre dont la fréquence augmente depuis une dizaine d'années et qui a à voir avec les troubles de la personnalité et la psychose.

J'évoquerai trois situations qui ramènent à cette relation alcool et psychose.

1 - La première a peu évolué. Elle concerne des individus qui en arrêtant l'alcool vont décompenser. Ces personnalités à problématique psychotique vont craquer au cours de la mise en place des techniques de sevrage (telles que la relaxation, les psychothérapies de groupes...). Très rapidement elles vont délirer, avoir des angoisses qui n'ont rien à voir avec celles du sevrage habituel, être dans une perception différente du monde. Un traitement psychotique est alors parfois nécessaire.

2 - Depuis une dizaine d'années, les consultations de personnes qui ont des troubles psychotiques et qui consomment sont en nette progression. On se trouve devant des phénomènes de comorbidités c.a.d. d'une consommation d'alcool (qui n'a

rien à voir avec une consommation dépendante telle qu'elle a été décrite plus haut) associée à une pathologie psychotique.

3 - Certaines formes de prise en charge au Québec doivent nous interpeller. Dans ce pays existent des systèmes spécifiques pour toutes les toxicomanies dans lesquelles est intégrée l'alcool. On se trouve donc devant une organisation spécialisée qui s'adresse aux personnes dépendantes à l'alcool mais qui se révèle peu opérante pour les patients qui sont à la fois dans le registre des troubles de la personnalité et de la consommation alcoolique. Donc, l'association d'une consommation pathologique et d'une psychose est un élément à prendre en compte par les soignants.

### Les données épidémiologiques

Malgré les difficultés pour obtenir des informations fiables, on admet qu'en France 32% des sujets schizophrènes consomment de l'alcool de façon abusive, en Allemagne 28%, aux Etats-Unis 30%.

### Les causes

L'alcool a été considéré un temps comme un psychotrope efficace car il pouvait diminuer l'angoisse et la dépression, ramener le moral, avoir un effet sur les troubles de l'humeur.

Cette position est contestée à l'heure actuelle. Au contraire il s'agirait d'une vision anticipatoire. Le sujet sentant qu'il va mal, va prendre ce produit comme s'il s'agissait d'un psychotrope.

Une dernière hypothèse émet l'idée que l'alcool permet de lutter contre l'inconfort, pour se faire du bien. Mais progressivement arrivent les abus et des consommations qui renvoient à la souffrance.

### Les particularités

La prédominance masculine est incontestable et les pratiques peuvent être variables en temps.

La précocité des symptômes schizophréniques et des hospitalisations est à rapprocher de la précocité d'une comorbidité alcoolique.

Le rôle du sevrage alcoolique dans l'apparition des hallucinations est plus important chez les patients psychotiques ainsi que la fréquence des dyskinésies tardives (donc des effets secondaires des neuroleptiques).

Il convient également de mettre en évidence les éléments dépressifs observés dans ce type de situation comorbide révélant des souffrances qui peuvent conduire à des tentatives de suicide.

Sur le plan comportemental, on constate de plus en plus de conduites addictives multiples (alcool, haschich, prise de psychotropes). Phénomène inquiétant, ces polytoxicomanies concernent des usagers de plus en plus jeunes, qui en vieillissant, s'orienteront parfois vers le produit qui a la reconnaissance la plus légale - l'alcool - donc adopteront des conduites qui se rapprochent des normes même si elles sont pathologiques.

Remarquons, chez les consommateurs psychotiques, un renforcement des attitudes impulsives, agressives ou hostiles.

L'alcool aggravera les problèmes d'insertion, favorisera l'augmentation, la répétition et la durée des hospitalisations.

### Les stratégies thérapeutiques

Avec la personne alcoolique, à partir du moment où elle reconnaît sa maladie, il est

possible de passer une sorte de contrat et d'essayer de trouver une thérapie adaptée. Par contre, avec un patient psychotique, la recherche d'une solution est aléatoire. Parce qu'elle permet un temps d'arrêt dans les consommations et constitue dans un environnement structuré une rupture, l'hospitalisation devient nécessaire.

Le traitement sera orienté vers des médicaments neuroleptiques et depuis peu, vers les antipsychotiques, même s'il convient d'être prudent sur les prescriptions, compte tenu du peu de recul dont nous disposons pour ce type de prise en charge. Le recours à des tranquillisants, comme il est d'usage dans le sevrage s'adressant à des personnalités de l'ordre de la névrose, sera moins fréquent.

Enfin il faut souligner les situations d'échec rencontrées par les personnes psychotiques qui ont voulu intégrer une association d'anciens buveurs. Dans un premier temps, elles sont aidées mais très vite l'expérience tourne court car l'entourage n'avait pas perçu ces troubles de la personnalité.

Il convient donc d'insister sur ces phénomènes de comorbidité qui n'existent pas chez l'alcoolodépendant ou même chez le consommateur excessif et qui rentrent dans la même catégorie que l'utilisation du cannabis chez les patients schizophrènes.

## **LA DEPENDANCE AU TABAC**

**Par le docteur ALIDERT**

Outre mes fonctions de médecin généraliste, j'interviens dans un centre

d'addictologie et dans un service de médecine générale du CHU.

Le premier rôle du médecin généraliste est le repérage. Pourquoi le sevrage à la consommation de tabac ne marche pas ? Telle est la question que doit se poser le praticien devant les échecs répétés des techniques habituellement utilisées, qu'il s'agisse du patch à la nicotine, du Ziban... Le généraliste est également obligé d'apprendre les signes de la psychiatrie et parfois oser prescrire. En effet, les patients en souffrance psychique viennent dans les consultations, de plus en plus avec l'étiquette de tabagiques. On pourrait presque parler de psychiatrie de proximité pour cette cohorte de personnes qui essayent d'arrêter, reprennent, et arrêtent à nouveau. L'enjeu est donc pour le médecin de se former.

### **Qu'est ce que le tabac ?**

Le tabac est une plante qui fait vivre des millions de personnes. Plus on est pauvre, plus on cultive et plus on fume. (La corrélation entre ces éléments est avérée). Pour la faire fructifier, l'on a recours à des produits comme les insecticides. Il existe plusieurs modes de préparation et de ce tabac qui va être fumé, ressortent deux composants essentiels : la nicotine et plus de 4000 éléments qui se retrouvent dans la fumée.

La nicotine est la cible cérébrale, le psychotrope qui va directement dans le cerveau et donc a des conséquences sur cet organe.

Il n'existe pas de toxicomanie à la nicotine. Par conséquent, le patch appliqué régulièrement n'induit pas de dépendance.

Ce qui rend dépendant c'est la rapidité d'intervention du produit dans le cerveau (sept secondes). Par contre la toxicité du produit est contenue dans les éléments véhiculés dans la fumée. A partir du moment où l'on diminue l'inhalation, quelque soit la substance (dont le cannabis), on est en situation de risque réduit.

L'interférence des trois substances (cannabis, alcool et tabac) est maintenant évidente. Les consultations spécialisées reçoivent des fumeurs polyconsommateurs et rarement des personnes qui ne font usage que d'un seul produit.

Le cannabis augmente l'anxiété. Il est anxiogène.

L'alcool est plutôt un anxiolytique, les patients l'utilisent pour essayer de se détendre.

Quand au tabac, sa consommation permet de réduire l'anxiété du sujet. Contrairement à l'alcool, la nicotine est un antidépresseur. Les patients qui sont déjà dans une situation de difficultés peuvent apprendre à gérer les produits et il est intéressant de travailler sur les trois substances à la fois.

Le choix du support n'est pas anodin. Le tabac associé au cannabis est véhiculé par la cigarette qui devient un objet transitionnel qui passera entre plusieurs mains. C'est aussi un moyen de communication pour des personnes qui sont en déficit de paroles.

D'un point de vue pharmacologique, la durée de vie de la nicotine dans l'organisme est courte alors que celle du cannabis s'étend sur trois mois.

Le tabac n'est pas un variateur de l'humeur. Aux dires de ses utilisateurs ordinaires il

possède des vertus apaisantes. Malheureusement, chez les personnes qui souffrent de troubles psychiques apparaissent des comportements compulsifs avec une dépendance à la gestuelle pour laquelle des outils thérapeutiques simples seraient à inventer.

Il aggrave la maladie somatique. Sa toxicité dépend de la quantité fumée mais également de la manière dont le produit est absorbé.

Associé à la cigarette et/ou au cannabis il rend le sevrage beaucoup plus hasardeux. Celui-ci est rarement définitif. C'est un travail de longue haleine qui implique le soutien constant du thérapeute pour surmonter les récurrences et répondre aux inquiétudes.

## LA SYNTHÈSE

### Dépendances et maladies psychiques

Par le docteur CAPITAIN

Je commencerai par répondre à la question posée en début de conférence : est ce que le débat concernant les rapports entre les dépendances et les maladies psychiques est justifié ? On ne s'est pas suffisamment attaché à cette question très grave qui fait souffrir le patient, les familles, la société. Répondre positivement ne signifie pas qu'il faudrait établir un rapport de causalité entre le fait de consommer un produit et la maladie.

Environ 90% des schizophrènes fument. Cela veut dire une pollution personnelle, des répercussions physiques, des nuisances pour l'entourage.

Il est intéressant de constater que les consultations tabac permettent de révéler d'autres difficultés, d'où l'importance du travail du généraliste qui à partir d'une approche globale repère une souffrance psychique. L'implication de ces médecins, qui sont les premiers correspondants de proximité, est d'autant plus souhaitable qu'il n'y a rien de prévu pour les addictions dans le Plan de Santé Mentale.

Sans vouloir minimiser les autres relations, la dépendance au tabac constitue un problème majeur parce que le produit est un facteur de risque considérable quelque soit les pathologies dans lesquelles il est impliqué, mais aussi parce qu'il occasionne une aliénation importante du sujet.

Pour revenir au cœur du débat :

1° point - Le dépistage doit faire partie de nos préoccupations. L'état mental des populations dépendantes, notamment celles qui fréquentent les centres spécialisés est en général passé sous silence. C'est comme si la souffrance psychique n'existait pas alors qu'elle touche 7 à 8% des patients. Il faut donc pouvoir les repérer au même titre que les troubles de la personnalité, et que les dépressions en particulier chez la femme alcoolique plus sensible au produit. Existente en effet deux types d'alcoolisme.

L'alcoolisme primaire est une dépendance initiale que l'on retrouve dans des catégories sociales bien identifiées.

L'alcoolisme secondaire concerne des personnes qui boivent pour se guérir à la manière d'une thérapie. Or se soigner implique la relation à l'autre, à l'opposé du toxicomane qui n'est en rapport qu'avec le produit.

2° point - La mise en œuvre des soins spécialisés chez les déprimés ou les psychotiques qui ont recours à l'alcool n'est pas toujours facile à réaliser. Ainsi il faut faire accepter quelqu'un dans un groupe qui a ses règles. Constatation ambivalente, les psychotiques seront à la fois mieux insérés pendant un certain temps, mais aussi touchés par l'exclusion. *Mieux insérés*, parce qu'ils vont connaître les circuits de distribution. Dans la psychose, le fait d'aller vers l'objet, vers quelque chose d'autre, n'est pas à négliger. De la même façon, chez le schizophrène, le cannabis va introduire quelque chose de l'ordre de la continuité de la pensée. *Touchés par l'exclusion*, car paradoxalement ces psychotiques qui, par l'intermédiaire de l'alcool ou du cannabis, vont s'insérer dans un groupe, auront un comportement de repli avec un risque fort de désocialisation.

3° point - La dépendance n'est pas qu'un phénomène physique. C'est le symptôme d'une difficulté psychologique. La dépendance c'est aussi la dépendance à l'autre, (un comportement que l'on connaît bien chez les personnes psychotiques). Ainsi, pour les adolescents, recourir au cannabis, c'est essayer de maîtriser une substance alors qu'ils ont du mal à maîtriser leur vie psychique. On peut donc penser que, pour un psychotique schizophrène, avoir le produit c'est avoir plus de continuité psychique.

4° point - L'accessibilité des psychotiques dépendants n'est pas simple. Les entretiens sont censés s'adresser à des personnes motivées. Or un schizophrène déficitaire qui grâce à une addiction peut lutter contre cet aspect invalidant de la maladie ne veut pas

arrêter sa consommation, seulement contrôler sa dépendance au produit.

5° point - La longueur des prises en charge doit être soulignée (dix, vingt ans pour un alcoolique). Il faut prendre du temps.

6° point - Il concerne notre questionnement sur l'importance de la loi par rapport aux drogues et sur la manière dont les psychotiques peuvent l'intégrer, sur les interdictions, sur la place de la contrainte et sur son efficacité.

### En guise de conclusion

Cette conférence devrait être un point de départ qui invite à une action globale, à des prises en charge pour permettre à des psychotiques dépendants d'accéder à une filière de soins, à des réseaux et qu'ils ne soient plus renvoyés constamment à la psychiatrie.

La toxicomanie est le révélateur d'une misère humaine. La relation fusionnelle que le patient entretient avec une substance doit être dépassée pour aller vers l'interaction avec l'autre. Le produit est un leurre, sa fonction est de faire tampon dans la relation avec les autres. Le travail d'une psychothérapie vise à agir sur ce point.

## **Dépendances et Maladies psychiques: quelles actions mener ?** Par Francis Jan

Après cette réunion, où le Docteur Capitain a lancé un véritable cri d'alarme, nous avons

pu, hélas, constater, que toutes nos craintes étaient fondées.

Comme il a été dit, les trois substances constituent des facteurs aggravants de la maladie psychique, la comorbidité constituant le paroxysme. Je n'insiste pas ici sur les conséquences à long terme : cancers, espérance de vie abrégée, ni sur les problèmes de budget des consommateurs.

Il faut sensibiliser, impliquer tous les acteurs, les encadrants, les institutionnels, qu'ils soient dans les secteurs sanitaire ou médico-social. Dans la plupart des institutions, il existe des fumoirs, le règlement intérieur prévoit de ne pas admettre les personnes qui consomment du cannabis, ou qui sont alcoolisées. Si l'on maintient ces dispositions, il faut **aussi** engager une lutte résolue contre les dépendances.

Il faut sans tarder essayer de faire des propositions.

*Il faut lutter contre la résignation et la fatalité.*

Ce sentiment est bien à l'œuvre lorsque l'on entend ces mots terribles des encadrants parlant des malades psychiques qui fument : « laissons les fumer car il ne leur reste plus que cela ». Et bien non, même pour les fumeurs il y a des choses à faire : essayer d'avoir des activités, convaincre, encourager les plus stabilisés et autonomes d'entre eux de consulter un tabacologue...

*La lutte contre les dépendances nécessite des actions spécifiques lorsqu'elle concerne les malades psychiques.*

En effet, les actions que mènent avec succès les associations qui luttent contre les trois

substances ne sont pas toujours bien adaptées pour lutter contre les dépendances des malades psychiques. Un exemple : l'échec, relevé par le Docteur Milleret, des groupes de soutien, lorsque l'on s'adresse à des malades psychiques s'adonnant à l'alcool. Il faut que les associations anti-tabac, anti-alcool soient formées à la spécificité de la maladie psychique.

*La lutte doit être menée contre toutes les dépendances.*

*La lutte contre les dépendances nécessite d'impliquer les personnes concernées, les décideurs et les élus.*

Il faut que l'UNAFAM prenne la tête de cette campagne : c'est que nous allons faire en Côte-d'Or.

## LE GOÛTER PIQUE-NIQUE DU 04 JUIN



C'est à Agéy (21410), dans les jardins de la secrétaire et du Président délégué que nous

avons organisé ce premier pique-nique, le 4 juin dernier.

Ce fut un succès. Certes nous aurions pu être plus nombreux, mais 40 personnes par un samedi ensoleillé de juin qui est un mois traditionnellement fort chargé en activités, c'est encourageant. Il n'y avait évidemment pas d'ordre du jour, pas de discours, et comme nous l'avions dit dans le numéro précédent, on a parlé de tout, de rien, un petit peu de ce qui nous préoccupe, mais pas trop, devant les gâteaux maison, ... Parmi nous il y avait quelques jeunes proches qui ont pu sortir d'un éventuel isolement, (par exemple en allant jouer aux boules dans le village). Denis, l'un d'entre eux, a tiré le violon de son étui et a joué la partie solo d'un concerto de Vivaldi...



Denis au violon et Françoise la secrétaire à la tourne  
Un parent, ancien élève du Lycée Eiffel de Dijon a retrouvé son proviseur...

Pourquoi une telle manifestation est importante pour les familles ?

Parce qu'il est bon de se retrouver "entre nous", sans regard inquisiteur, sans jugement. Parce que chaque famille se sent soutenue par le groupe de parents présents et qu'elle rentrera chez elle en se disant

« Je ne suis pas seule »... Parce qu'il se produit une empathie qui transcende les barrières culturelles, les classes sociales, la fortune... Parce que les proches présents peuvent se rencontrer et tisser des liens, et dans ce moment, ils font bien partie du groupe avec leurs familles...

L'action d'entraide se réalise alors pleinement dans une telle assemblée....



Un parent ancien élève retrouve son Proviseur

C'est pourquoi on se donne rendez-vous le 3 décembre, mais cette fois au restaurant...

## LES DERNIERES NOUVELLES DU C.H.S.

### **Le départ du Directeur, Monsieur Mattéra...**

Ayant pris ses fonctions depuis quelques mois seulement, Monsieur Mattéra nous quitte déjà... Il rejoint l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Nous lui souhaitons bonne chance dans ses nouvelles fonctions.

Une nouvelle fois, c'est Madame Charpentier, qui assure l'intérim.

Les familles de Côte-d'Or ne peuvent être qu'étonnées qu'un paquebot comme le CHS

puisse rester sans capitaine pendant une aussi longue durée : les vacances cumulées des postes de MM Lair et Mattéra devraient approcher l'année ! La mer est pourtant houleuse et des grands chantiers sont en cours : Plan de Santé Mentale, « Hôpital 2007 », budget...

### **Pourquoi l'administrateur UNAFAM au Conseil d'administration du CHS La Chartreuse n'a pas voté le budget...**

Par ces temps de pénurie, d'absence de moyens en psychiatrie, il nous a été présenté un budget peu satisfaisant...

D'une part, il conserve le même nombre de lits alors que le taux d'occupation est maximal. Surtout il est prévu une augmentation significative des tarifs de prestations qui sera supportée par les usagers et les mutuelles...

Le signal envoyé est ainsi négatif, alors qu'il aurait fallu nous délivrer un message positif fort pour nous signifier que la spirale de la baisse était stoppée. C'est le contraire que l'on constate. Cela ne présage rien de bon quant aux retombées des mesures prises dans le cadre du Plan de Santé Mentale...

### **Vers la création d'un CATTP / Hôpital de jour pour adolescents...**

Dans ce contexte morose une bonne nouvelle : le Conseil d'Administration du CHS La Chartreuse du 15 juin dernier a examiné la possibilité d'une création d'un hôpital de jour / CATTP « pour les adolescents dont l'état clinique ne se suffit pas d'une prise en charge en CMP (trop légère) et qui ne nécessite pas pour autant une hospitalisation

complète ». Cette structure intersectorielle « devra s'articuler avec les projets de psychiatrie générale pour des structures de jour destinées aux jeunes adultes qui sont une perspective à court terme des secteurs de l'agglomération dijonnaise ».

L'UNAFAM21 SOUTIENT CE  
PROJET. QU'ELLE A TOUJOURS APPELE  
DE SES VOEUX...

## LE CONGRES UNAFAM DE NANCY ... (10/11 juin 2005)

De ce congrès de Nancy, fort bien réussi, nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

Mais il nous a semblé intéressant de mentionner ici deux interventions résumées, la première qui complète notre précédent numéro du « Lien des Familles de l'UNAFAM21 » sur la recherche autour des troubles bipolaires, la seconde sur l'idée du Psy-Trialogue qui rejoint une de nos préoccupations essentielles, la « triple alliance ».

## RECHERCHE DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES

Par le professeur J.P. KAHN

Chef de service au CHU de Nancy

Les troubles de l'humeur sont actuellement la première cause de souffrance liés aux maladies, dépassant ainsi les maladies cardio-vasculaires, la démence,

le cancer broncho-pulmonaire et le diabète. Dans le trouble bipolaire (TBP), le suicide atteint 19% et les morbidités associées sont très importantes et altèrent durablement la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches, même en dehors des périodes maniaques ou dépressives. Enfin, leur prise en charge thérapeutique reste imparfaite, en raison des difficultés diagnostiques et de résistances thérapeutiques liées à l'hétérogénéité clinique de cette affection. Il est donc essentiel de développer et d'accentuer la recherche tant fondamentale que clinique dans ce domaine.

Trois axes de recherche actuels peuvent faire espérer des progrès dans la compréhension des mécanismes en cause et la prise en charge de cette maladie :

### Les études génétiques

Les TBP appartiennent aux maladies à hérédité complexe, caractérisées par l'interaction de nombreux facteurs environnementaux. Les études tendant à préciser le rôle des facteurs génétiques ne fournissent actuellement que des résultats difficiles à interpréter et à généraliser, en raison de la difficulté de leur mise en œuvre.

### « Les symptômes candidats »

Face à l'hétérogénéité clinique et génétique de la maladie bipolaire, l'identification et la prise en compte des symptômes candidats devraient permettre d'identifier des formes cliniques plus homogènes et plus familiales qui soient plus appropriées à la réalisation d'études génétiques. Ces approches, permettant d'identifier plus finement certains sous-groupes cliniques, devraient aboutir dans les années à venir à identifier

des formes cliniques plus précises et d'établir des traitements plus spécifiques et plus efficaces pour tel ou tel sous-groupe.

### La diffusion large des connaissances

La diffusion des connaissances auprès des personnes atteintes et de leurs proches, mais aussi des professionnels et du grand public représente une voie importante à développer. L'éducation des malades et de leurs familles est indispensable pour instaurer une relation thérapeutique partenariale de qualité, renforcer l'adhésion aux soins et détecter précocement les rechutes. La formation et la sensibilisation des professionnels doivent permettre l'identification diagnostique plus précoce et l'instauration de traitements plus adaptés. L'information du grand public enfin, doit contribuer à déstigmatiser cette affection et à faciliter le repérage et l'accès aux soins des personnes à risque.

## L'IDEE DU PSY-TRIALOGUE

Par J.D. MICHEL

**Association Pro Mente Sana GENEVE**

La science n'était et n'est toujours pas en mesure d'expliquer les psychoses telles que les troubles schizophréniques ou bipolaires. Elle ne le sera pas plus dans l'avenir. Il est de plus en plus évident qu'on ne peut pas espérer acquérir de nouvelles connaissances sans prendre en compte le niveau de l'expérience subjective. Si la psychiatrie se veut une science « empirique », elle doit porter plus d'intérêt à l'expérience personnelle des patients et de leurs proches.

Dans le but de partager les expériences et de développer un langage commun, des tables rondes nommées « Psy-Trialogue » ont été mises sur pied. De cette idée initiale, apparue à Hambourg, est né un mouvement : des personnes ayant une expérience personnelle de la psychose, des proches, des travailleurs en psychiatrie, des étudiants de diverses spécialisations se rencontrent avec pour but d'élargir leurs connaissances et de compléter leur image de la psychose. Une idée simple à effet paradoxal.

Pendant longtemps, les patients se sont trouvés confinés dans le rôle d'objet de traitement alors que leurs proches étaient considérés comme des perturbateurs. Ils se rencontrent à présent en temps que participants au Psy-Trialogue et ils ont le même statut. Les rôles s'échangent : les patients sont considérés comme des experts, les proches apportent leur expérience personnelle, et les professionnels sont poussés à se mettre à niveau de l'expérience subjective. (...)

Ce dont il s'agit essentiellement ici est moins la recherche des causes de la psychose que celle de son sens. Il ne s'agit pas de vouloir à tout prix changer la psychose, mais de la comprendre en tant qu'expression d'une quête de l'unité, une tentative de résolution de conflits passés, une référence à des stades antérieurs de développement, un effort désespéré pour calmer la peur, etc. Cette approche modeste s'est avérée encourageante. Il est visiblement plus aisé de commencer à communiquer une fois sorti du contexte dépendance thérapeutique ou familiale.

Les proches peuvent écouter d'une façon plus ouverte le vécu psychotique d'une personne qui leur est inconnue. Inversement, les patients sont mieux à même de comprendre les soucis d'autres parents. Les professionnels peuvent mieux évaluer leurs propres comportements lorsqu'ils ne sont pas sous la pression de leurs responsabilités, et les personnes concernées peuvent se dévoiler plus librement hors de toute pression à changer(...).