

construire

BULLETIN de la DÉLÉGATION de l'UNAFAM des YVELINES

L'ensemble de ce numéro rend compte de la réunion des adhérents 2023 sur le thème :

« Nos proches face aux addictions »

Après un été que nous espérons revigorant pour tous, voilà septembre et ses rentrées scolaire, professionnelle, associative.

L'UNAFAM, notre association, fêtera ses 60 ans en ce dernier trimestre 2023 et se dote d'un Plan Stratégique pour les cinq ans à venir.

Tout en réaffirmant les missions et valeurs qui guident l'UNAFAM, nombreux sont ceux qui ont travaillé depuis le printemps à élaborer ce Plan Stratégique.

Il se déclinera sur quatre axes nationaux, qui seront développés et priorisés dans chaque délégation, en fonction des situations locales.

Axe 1 : « Le soutien auprès des familles concernées »

Axe 2 : « Le rayonnement vers la société »

Axe 3 : « Les relations avec les parties prenantes externes »

Axe 4 : « Les forces vives internes »

Dans les Yvelines, des réponses innovantes sont déjà apportées, mais tous nos bénévoles sont invités à élaborer puis à choisir les nouvelles actions à mener, avec nos partenaires du sanitaire, du médico-social et du social.

Ce partenariat se renforce et se vivifie, tant la Santé Mentale est devenue une question de société. **Construire ensemble des réponses aux besoins de nos proches malades et aux nouvelles attentes des familles sera un axe essentiel de nos actions à venir.**

Bonne rentrée à tous



Le trio :

Gisèle, Martine et Philippe

Interactions drogues / médicaments psychotropes

Trois vidéos, visibles sur YouTube, sur le site PRÉPSY SAMSAH du secteur XII à Paris : « cannabis et psychotropes », « tabac et psychotropes », « alcool et psychotropes », ont inspiré cet article.

1°) Le cannabis :

Très utilisé par ceux qui souffrent de troubles psychotiques. Il leur apporte un sentiment d'apaisement, de mieux être, diminue les effets secondaires neurologiques (tremblement, impatience...), mais aussi accentue les délires « *Ça me rend parano, mes voix sont plus hard* ». Il a plus une action sédatrice dans les troubles anxieux et dépressifs « *Je suis dans le coton, comme si je multipliais les doses par deux* »-

Sur le plan pharmacologique :

- Les **Neuroleptiques** (NL), tels l'Haldol, le Leponex, agissent en bloquant les récepteurs synaptiques à la dopamine, ce sont des **antagonistes dopaminergiques**. Avec ces traitements, la dopamine « passe moins » la synapse entre les neurones. Le médicament ralentit le flux trop important de dopamine lié aux troubles psychotiques. Inversement, le Cannabis est un **agoniste**, il facilite le passage de la dopamine, et donc s'oppose à l'effet des NL. De plus il apaise celui qui souffre de psychose. Il se sent mieux, moins angoissé. Le cannabis diminue les effets secondaires neurologiques ; il est également « inducteur enzymatique » dans la dégradation des antipsychotiques : leur taux sanguin va baisser. Les **tranquillisants** (Valium, Xanax...) sont sédatifs. L'effet sédatif du cannabis renforce celui des benzodiazépines (BZD). D'où le danger dans la conduite automobile (sédation + euphorie)

Les **antidépresseurs** : peu d'interactions avec le cannabis.

2°) Le tabac : Plusieurs constituants sont impliqués :

La **nicotine** diminue l'apathie due aux troubles psychotiques, « *je me sens moins mou* », et les effets secondaires extrapyramidaux sont également diminués. Les **hydrocarbures aliphatiques polycycliques (HAP)** augmentent le métabolisme (c'est à dire la dégradation) hépatique des NL au niveau du foie, **diminuant ainsi les taux plasmatiques des médicaments, donc leur efficacité**. Le sevrage du tabac à l'inverse entraîne un taux plus élevé des mêmes traitements avec un risque de surdosage, leur métabolisme n'étant plus accéléré.

(suite de l'article du Dr Laviolle p.12)

Site de la délégation de l'UNAFAM Yvelines : unafam.org/78

Délégation UNAFAM Yvelines : 13 rue Hoche 78000 Versailles : tél. 01 39 54 17 12

Accueil Famille : tél. 01 39 49 59 50—Notre adresse 78@unafam.org

Équipe de Rédaction : Andrée Balagué, Marie-Claude Charlès, Patricia Hertz, Jean Laviolle, Sophie Nordberg, Pierre Sarreméjean

Nos proches face aux addictions

Compte rendu des interventions lors de la réunion des adhérents 2023

Intervention du Docteur Claire FARINA, psychiatre addictologue au Centre de Soins et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Trappes

Elle propose aux consultants une sorte de boîte à outils pour faire comprendre les mécanismes de l'addiction

Le fonctionnement du cerveau : il existe deux zones complémentaires.

- Le cortex préfrontal (et d'autres structures avec lui) est la zone « consciente et pensante » du cerveau, mobilisant attention et concentration pour apprendre un comportement nouveau.

- Le « circuit de la récompense » est une zone plus profonde qui permet d'apprendre à réagir aux réussites via une sécrétion Dopamine, par essai/erreur : ce qui « fonctionne » est conservé, ce qui « ne fonctionne pas », ne produit pas de sécrétion de dopamine, est éliminé.

A noter qu'actuellement, les modélisations du cerveau se font sur une logique de fonctionnement « en réseau » et que la représentation proposée ici est donc inexacte par souci de simplification du propos.

On ne peut porter son attention que sur une chose à la fois.

On peut faire deux choses en même temps, mais l'attention n'est pas fixée sur les deux simultanément. On ne peut pas en même temps jouer aux cartes et cuire une tarte ! On prend le risque de laisser brûler la tarte ...ou de perdre aux cartes.

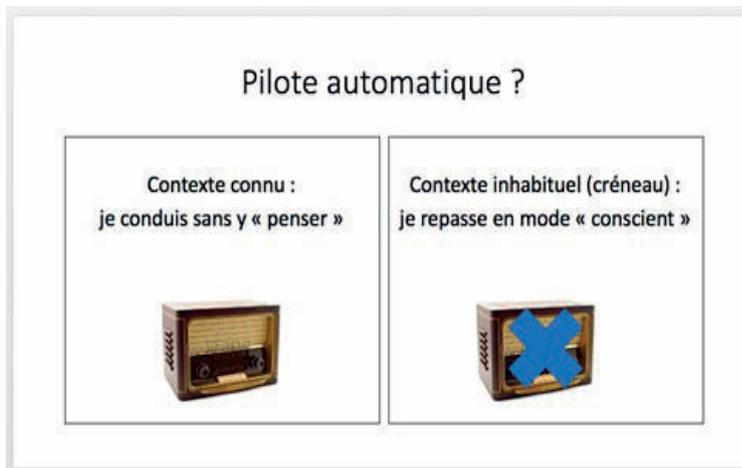
Un bon exemple est la conduite automobile :

- Un geste qui est fonctionnel (appuyer sur l'embrayage et passer la vitesse, par exemple) entraîne une sécrétion de Dopamine et une sélection du bon comportement.

- Un geste non fonctionnel (appuyer sur deux pédales en même temps, par exemple) n'entraîne pas de sécrétion de Dopamine et n'est donc pas sélectionné.

Pilote automatique

- Lorsqu'on conduit sans y penser c'est



le « non conscient » qui travaille. Or, le cerveau non conscient ne peut pas s'adapter, il agit uniquement via ce qu'il a appris par le passé.

- Repasser au conscient est donc parfois souhaitable. En effet, il est le seul à pouvoir s'adapter au contexte. Un bon exemple pour s'en rendre compte est d'observer quelqu'un face à un créneau difficile : il éteint la radio pour porter son attention sur le créneau, en conséquence, il libère son cerveau conscient qui va pouvoir se concentrer sur la manœuvre.

Chocolat ou rhubarbe ? On aime ou on n'aime pas.

-La première fois qu'on goûte du chocolat, et qu'on aime ça, le cerveau a sélectionné ce comportement en sécrétant de la Dopamine. Maintenant, le chocolat est identifié comme une « source » de Dopamine, donc de plaisir et attire l'attention chaque fois qu'il est évoqué. Si la rhubarbe n'a pas entraîné le même apprentissage... le comportement ne sera pas sélectionné.

-Mieux que Google

Ce système de récompense va ensuite vous faciliter la vie en attirant votre attention vers ce qui est pour vous une source de Dopamine. Par exemple : quel gâteau aimez-vous à la boulangerie ?

Vous le repérez immédiatement dans

l'étalage si il est présent. Votre cerveau vous « mêche » le travail, il attire votre attention sur ce qui a été une source de Dopamine pour vous. Mais, vous ne verrez pas la tarte à la rhubarbe qui est à côté car elle n'est pas une source de Dopamine pour vous.

Pour la repérer, vous devrez passer en mode conscient... cela vous prendra plus de temps. Ce phénomène s'appelle la « **salience** », c'est ce qui rend les éléments extérieurs dignes de votre intérêt et de votre attention par rapport aux autres qui l'entourent.

On peut aussi apprendre un nouveau comportement si il est valorisé par l'environnement. Par exemple, si un ami me demande d'apporter une tarte à la rhubarbe, et se montre heureux lorsque je la lui donne, cela valorisera mon comportement et favorisera une salience d'un produit que pourtant je n'apprécie pas!

L'utilité de la substance : alors, que se passe-t-il avec les drogues ?

1. La substance elle-même est source de plaisir.

Un produit amène une modification de la perception : l'alcool est un excellent anxiolytique par exemple.

2. On entend souvent aussi des phrases reflétant un conditionnement :

« Docteur, je ne peux pas manger mon fromage sans vin. », « Docteur, les fêtes sans champagne, c'est impossible. »

BOÎTE À OUTILS POUR FAIRE COMPRENDRE LES MÉCANISMES DE L'ADDICTION (SUITE)

Le tabac était très valorisé socialement. L'entourage valide ou non tel ou tel produit ... (Ecouter le sketch de Coluche sur le « Hakik » -(*haschisch*)-)

L'addiction est une pathologie de l'apprentissage :

Ca commence par un ciblage sélectif de l'environnement : la salience fonctionnelle aussi pour les drogues. Par exemple :

- Les fumeurs repèrent immédiatement les devantures des tabacs.
- Les dealers de shit (cannabis) sont immédiatement repérés dans la foule par celui qui est ou a été consommateur : même si il ne les cherche pas.
- Les addicts aux médicaments repèrent vite les pharmacies ! Un fumeur n'y portera aucune attention et ne repèrera rien du tout.

Choisir c'est renoncer

C'est une véritable bagarre interne lorsqu'un comportement appris n'est plus en accord avec le contexte. Le fonctionnement conscient (et la volonté) sont en lutte contre le fonctionnement automatique habituel.

Il faut savoir que le stress diminue la Dopamine, c'est donc un moment dangereux où le besoin est maximum.

Le produit a été une **solution** au départ, c'est devenu un **problème** avec tous ses inconvénients !

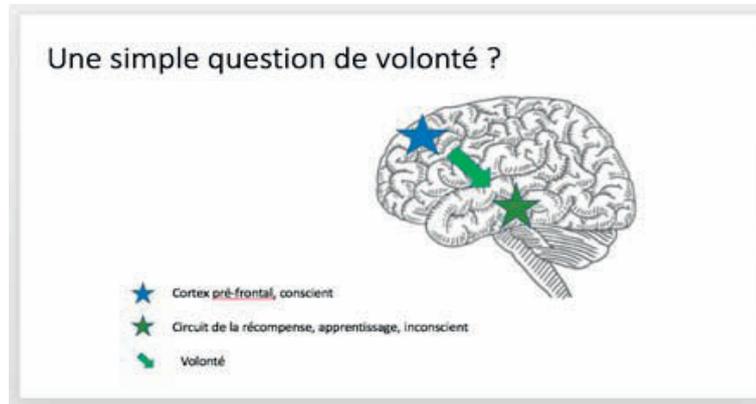
Choisir de changer nécessite de trouver une autre source de Dopamine, chercher son plaisir autrement avec des activités soutenantes, faisant office de « cercle vertueux ».

Mais attention au risque de transfert.

Un grand classique à surveiller de très très près chez les patients. En effet, arrêter une substance c'est risquer de passer à une autre pour combler le « manque de Dopamine » induit par l'arrêt de la première.

A noter que les addicts ne sont pas des personnes « faibles » comme beaucoup le pensent. Ce sont souvent, au

contraire, des personnes qui ont voulu tenir des situations intenable (professionnelles, personnelles, traumatiques...) et ont, pour cela, utilisé un produit. C'est plutôt une marque de force de vie et de caractère.



Il faut donc bien choisir son objectif

- Consommation contrôlée ? Abstinence ?
- Questions qui peuvent aider :
 - *Qu'est-ce qui a marché jusqu'ici ?*
 - *Qu'est-ce qui n'a pas marché jusqu'ici ?*
 - *Suis-je vraiment objectif sur ma situation ?*
 - *Qu'en pense mon entourage ? Qu'en pensent les soignants ? Quelle valeur accorder au regard des autres ? Faire le tri !!!*

Deux voies possibles

1-Abstinence : alcool zéro

2-Consommation contrôlée : Ce n'est pas de « l'impro ».

Trois questions:

- *Contexte personnel, familial, socio-professionnel*
- *Quantité raisonnable ?*
- *Fréquence...*

Est-ce que ça marche ? Ou pas ? Qu'est-ce que je peux changer ? Quels sont les avantages et les inconvénients du sevrage ?

Ce n'est pas qu'une simple question de volonté :

La volonté ne suffit pas toujours à reprendre le contrôle du système.

Elle n'est pas la source du problème, bien qu'elle soit indispensable à la solution.

Beaucoup de gens ont une volonté très forte et sont en difficulté avec une addiction... Et beaucoup de gens ont peu de volonté et n'ont pas de problème d'addiction.

Alors, est-ce que le vélo a encore des freins ? Comment mieux les régler, éviter les descentes trop rapides vers le précipice ?

L'importance de se faire plaisir

Réapprendre à vivre , donc à éteindre le système et chercher la Dopamine ailleurs. Donc, traiter une addiction c'est se faire plaisir !

Choisir de changer nécessite de trouver une autre source de Dopamine, de chercher son plaisir autrement avec des activités soutenantes, faisant office de « cercle vertueux », pour restaurer l'image de soi.

Une étude chez les rats rendus « addicts » à la cocaïne a montré que :

- ceux qui ont un environnement pauvre continuent à consommer de manière compulsive
- Ceux dont l'environnement est enrichi (roues, nourriture, toboggan ...) baissent leur consommation alors même que le produit reste disponible.



Compte rendu de la réunion des adhérents 2023

Intervention du docteur Patricia BOURBOULON , addictologue

Elle intervient dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : CSAPA.

Elle y pratique des Entretiens familiaux en addictologie

INTRODUCTION

Pendant ces 30 ans de travail en alcoologie puis en addictologie, j'ai privilégié le travail avec les familles.

J'ai choisi de vous présenter trois situations cliniques qui illustrent ce travail entrepris avec ces familles que nous avons suivi avec mon collègue psychologue. Nous proposons de recevoir la personne avec ses proches quand il apparaît qu'ils peuvent être aidants pour le suivi du patient, et aussi pour mieux comprendre la difficulté de l'entourage à soutenir celui qui est confronté à l'addiction.



Docteurs Bourboulon et Laviolle

Première situation : Madame B...

Madame B., 42 ans, est canadienne de langue anglaise.

Bien qu'elle vive en France depuis vingt ans, elle ne parle toujours pas bien le français.

Elle présente une addiction à l'alcool et a déjà fait plusieurs cures. Elle viendra seule au Csapa dans un premier temps.

Lors de ses premiers rendez-vous, elle viendra toujours fortement alcoolisée.

Nous lui proposons un rendez-vous avec son mari.

Puis, devant l'inquiétude manifestée par le couple pour leurs deux enfants : Virginie 15 ans, et Paul 13 ans, nous proposerons six entretiens familiaux avec tous les quatre sur une année.

Notons que Madame n'est jamais venue alcoolisée à un entretien familial. *(Ce que l'on peut comprendre comme un message puissant de Madame à son mari et à ses enfants, une façon de dire : 'j'ai besoin de parler avec vous, et de vous entendre).*

Nous serons d'emblée frappés par la maturité dont font preuve les deux adolescents, conscients du danger que représente l'alcool pour leur mère : maladie, accident...

Tous les deux sont très autonomes, Virginie va voir ses amis en mobylette, Paul attend avec impatience l'âge d'avoir la sienne.

Les deux parents précisent avoir encouragé tous les deux cette forte autonomie de leurs enfants, depuis toujours.

En même temps, le père montre son souci d'accompagner le mieux possible ses enfants dans les temps qui viennent et il nous confie sa crainte que les enfants ne quittent le foyer trop rapidement.

Actuellement, du fait de l'aggravation du problème d'alcool de sa mère, Virginie, qui passait de plus en plus de temps à l'extérieur, revient plus souvent et s'occupe de tout à la maison.

"Elle est la petite mère", dit un jour Madame, et Monsieur de rajouter "sûrement du fait de la place laissée vacante..."

Nous réfléchissons avec la famille aux différentes conséquences de l'alcoolisme de Madame sur l'ensemble de la famille :

- Les enfants ont vite mûri du fait du souhait de leurs parents mais également, comme c'est souvent le cas, du fait de l'alcoolisme de leur mère. Ils ont eu à se débrouiller seuls très jeunes et sont vite allés vers l'extérieur. Virginie préférerait aller chez les autres plutôt que recevoir ses amis chez elle car, nous a-t-elle dit, « à la maison, on ne sait jamais ce qu'on trouve en ouvrant la porte... ». Mais plus les enfants et le mari allaient vers l'extérieur, plus Madame se retrouvait seule à la maison et plus elle buvait.

- Actuellement, tous se disent très inquiets pour la mère, pour sa santé et par rapport au risque qu'elle ait un accident.



Les parents, en parents attentifs, ont observé que Virginie, du fait du problème d'alcool actuel de sa mère, est de plus en plus à la maison. Du coup, elle délaisse ses devoirs et les deux parents ont senti le risque pour sa scolarité qui est menacée.

Le père nous a dit son souhait d'être très présent auprès de ses enfants et de sa crainte qu'ils ne s'éloignent trop vite du foyer.

ENTRETIENS FAMILIAUX EN ADDICTOLOGIE (SUITE)

Or, nous apprendrons que du fait de ses hospitalisations et comme « on ne peut pas l'emmener en vacances à cause de l'alcool », le trio (le père et les deux enfants) se retrouve souvent réuni. On peut penser que, d'une certaine façon, Madame a ainsi laissé au père le rôle de bon parent.

Nous les laissons sur cette proposition.

Quelque temps plus tard, Monsieur choisira une solution inattendue et originale, quoique contraignante : mettre sa femme sous la « haute surveillance » de toute la famille (mari et enfants).

Il prive totalement d'argent Madame, et en même temps, il organise toutes ses sorties et courses de manière à ce qu'elle soit toujours accompagnée par l'un d'eux.

Tous les trois paraissent soulagés par l'abstinence (forcée) de Madame, mais sont conscients du caractère inévitablement provisoire de ce système.

Madame, quant à elle, accepte ce jeu familial qu'elle ne vit pas comme une surveillance mais comme un soutien de la part des siens, une façon de dire "nous sommes ensemble".

Nous ne reverrons plus la famille.

Mais trois ans plus tard, nous aurons l'occasion de croiser Madame B.

Elle est restée abstinente depuis ces trois années. La « surveillance familiale » a duré quelques mois.

Puis c'est Madame elle-même qui a décidé de se rendre d'abord chaque jour puis deux fois par semaine, à Paris dans le Groupe des AA (Alcooliques anonymes) en langue anglaise.

Le couple vient de décider de se séparer. Virginie a démarré ses études à l'Université et Paul est celui qui montre actuellement le plus de tristesse devant la séparation de ses parents.

Deuxième situation : Guillaume

Guillaume a 23 ans quand nous le rencontrons.

Il consomme du cannabis toute la journée et il a abandonné ses études depuis trois ans. Il ne fait rien de ses journées, et le revendique haut et fort.

Refusant le suivi individuel proposé au CSAPA il accepte l'idée de rendez-vous familiaux, qui auront lieu essentiellement avec sa mère et lui.



Dans un premier temps, celle-ci nous interrogera sur les effets du cannabis et sur les séquelles éventuelles sur le cerveau de son fils. Guillaume exprimera rapidement l'énorme colère qu'il ressent à l'égard de son père, lui-même en difficulté avec l'alcool depuis des années.

Derrière cette colère contre son père, apparaîtra son sentiment d'impuissance de n'avoir pu aider ce père dans son addiction, mais aussi sa perplexité devant le comportement et l'ambivalence de sa mère.

En effet, celle-ci se montrait également impuissante face à l'alcoolisme de son mari, par exemple elle sollicitait ses enfants lors d'alcoolisations massives du père, et leur demandait s'il fallait appeler ou non les pompiers.

Le père viendra au cours d'un entretien, et reprochera à son fils de ne pas lui parler depuis plus d'un an et de ne pas travailler, mais montrera lui aussi

son inquiétude pour la santé de son fils.

Guillaume a un frère aîné, Mathieu, parti à dix-huit ans faire ses études en province.

Alors que nous sollicitons la famille pour savoir ce que Mathieu pensait de la situation, nous aurons la surprise, au rendez-vous suivant, de voir Madame arriver au CSAPA le téléphone à la main, et proposer de faire l'entretien avec Mathieu au téléphone.

Guillaume, ému, écoutera d'abord silencieusement les reproches de son frère à son égard : "Tu dis que tu veux élever des chèvres dans la Creuse et avoir ta maison. Tu n'as qu'à faire comme moi ; reprends tes études et travaille ! Quitte la maison, et ne t'occupe plus des parents"

A ces mots, Guillaume éclate, et les larmes aux yeux, lance à son frère : "Ca te va bien de dire cela, toi tu es parti au bon moment !" (sous-entendu : tu m'as laissé seul avec les parents)

Petit à petit, mère et fils ont investi ces rendez-vous, et ont évoqué avec courage des épisodes difficiles.

Par exemple, quand le père était trop alcoolisé, et afin de mettre à l'abri ses enfants, Madame les emmenait dormir à l'hôtel, en leur disant que leur père était malade.

Du coup, Guillaume se demandait, sans pouvoir le formuler à l'époque, pourquoi on laissait papa tout seul, alors qu'il était malade.

On peut penser que chacun a pu refaire le récit de ces années-là au cours des entretiens :

La mère entendant le désarroi de son fils et le fils percevant mieux l'ambivalence de sa mère, qui en même temps cherchait à protéger ses enfants et gardait son attachement à son mari.

Entretiens familiaux en addictologie (suite)

Au bout de quelques mois, malgré l'avancée de ce travail, nous commençons à nous décourager du manque de changement, chez Guillaume, dans sa consommation de cannabis et dans son inactivité.

C'est à ce moment-là que nous aurons la bonne surprise d'apprendre au cours d'un entretien, que Guillaume a fait, seul, la démarche d'aller consulter dans un autre Csapa pour arrêter le cannabis. Il retrouvera le chemin de la Mission locale, et un travail dans les transports, comme son père.

Cela lui donne l'occasion d'appeler son père de temps à autre pour un conseil professionnel et de reprendre ainsi contact avec lui.

Troisième situation : Madame N...

Madame N, 78 ans, d'origine grecque, veuve depuis quatre ans, présente une addiction à l'alcool depuis une quarantaine d'années.

Elle est mère de trois filles.

Son mari était diplomate et la famille a longtemps vécu à l'étranger.

Madame N a été hospitalisée à plusieurs reprises, à la suite de chutes liées à l'alcool.

Son mari avait lui aussi des problèmes d'alcool, et le couple a connu des conflits violents.

Quand nous la rencontrons, Madame se plaint surtout d'une perte d'autonomie et dit que ses filles l'infantilisent.

Nous rencontrons Madame et sa deuxième fille, celle qui semble la plus inquiète pour sa mère et qui la soutient le plus au quotidien.

Elle évoque des alcoolisations massives, des chutes, des appels à répétition aux pompiers.

La fille aînée, qui vit à l'étranger depuis l'âge de dix-huit ans, les accompagnera à l'entretien suivant.

Toutes deux avouent qu'elles ne savent plus comment faire et qu'elles ont dit à leur mère "tu ne verras plus tes petits-enfants tant que tu boiras."

Elles espéraient que ce serait une motivation ou un électrochoc pour leur mère.

Ce qui s'est avéré inefficace, comme c'est souvent le cas.



Enfin, nous rencontrons Madame et ses trois filles.

Toutes les trois sont unanimes à se plaindre des alcoolisations de leur mère.

Elles échangent sur leurs perceptions de la situation, tant actuelle que passée.

L'aînée estime que la deuxième s'occupe trop de leur mère et qu'elle 'se sacrifie'.

La deuxième réagit en reprochant à la sœur aînée « toi, tu es partie à 18 ans, loin, sans te préoccuper de ce que nous vivions toutes les deux, alors que nous étions encore adolescentes »

La plus jeune quant à elle, dit que son mari, voulant les protéger, elle et leurs jeunes enfants, met une distance avec sa belle-mère.

Madame enregistre avec attention ce que disent ses filles, et encaisse les reproches.

Mais quand les trois filles disent leur colère envers le couple des parents, alors Madame explose : « Enfin de quoi vous plaignez-vous ! Vous étiez dans les meilleures écoles, vous avez eu des cours particuliers ; vous avez fait du tennis, de l'équitation... »

A ce moment-là, la plus jeune fond en larmes, et dit « Enfin, Maman, tu ne t'es rendue compte de rien ? Quand j'avais huit ans, tous les soirs je vous entendais vous disputer, Papa et toi. C'était tellement fort que je craignais à chaque fois que l'un de vous meurt, et je me cachais sous les couvertures en pleurant ».

A ce moment, toutes se taisent, prises par l'émotion, et nous (les deux thérapeutes) aussi.

Peu de temps après cet entretien, Madame N. décidera de faire une cure de deux mois pour arrêter l'alcool.

Puis, dans la foulée, la mère et ses trois filles partiront ensemble pour un voyage en Grèce, un moment heureux pour toutes les quatre.

Qu'est-ce qui a pu être utile dans ces entretiens familiaux ?

- Probablement que chacune ait pu **exprimer ce qu'elle avait ressenti**, mais aussi **entendre ce que les autres avaient ressenti**.

- Qu'elles aient pu revenir en arrière, et revivre des émotions, parfois lointaines et enfouies

- Et que notamment la mère ait pu prendre la mesure de ce que ses filles avaient vécu, enfants, face au conflit de leurs parents

- Dans notre expérience, nous constatons souvent que les enfants préfèrent taire leurs émotions car, ayant perçu les difficultés de leurs parents, ils ne veulent pas ajouter à leur souffrance ni leur faire reproche.

- Et du coup, les parents n'ont pas pu se représenter combien leurs enfants avaient pu s'inquiéter pour eux et se taire.

EN CONCLUSION

Nous restons des chercheurs auprès des familles et non des experts qui disposeraient de protocoles ou de conseils à donner. **Chaque famille est unique et originale.**

Entretiens familiaux en addictologie (suite)

Pour chaque nouvelle famille, nous n'avons aucune idée au démarrage, aucun projet si ce n'est de tenter :

- de leur offrir cet espace d'échange,
- d'essayer avec intérêt et bienveillance de créer un climat de confiance,
- de favoriser l'expression des émotions,
- de chercher les questions qui leur soient utiles,

- d'encourager leurs efforts et leurs expérimentations,

- de se montrer dignes de leur confiance et respectueux de leurs récits souvent douloureux et empreints de culpabilité.

- de penser que les représentations peuvent toujours évoluer et de ne jamais se décourager. Nous tentons ainsi de cheminer avec chaque fa-

mille pour retrouver les valeurs qui ont fondé leur famille, ceci avec l'espoir d'accéder à un nouveau récit plus acceptable de l'histoire familiale.

Ces entretiens ont pu parfois permettre à une famille de sortir de l'impasse dans laquelle elle se trouvait, et de passer à un moment où le patient peut s'emparer de son symptôme et ne plus être la honte de la famille.

Intervention de Claire DEDEKEN psychologue du CSAPA de Bois d'Arcy

Psychothérapie de l'addiction



• **pour quoi** consomme-t-elle ? Et non pas sous cet angle : **pourquoi** consomme-t-elle ?

• Nous entendons ici par « **Quoi** », ce qui pourrait être la source d'une angoisse et/ou d'un mal-être que le produit viendrait alors « soigner ». Ainsi, les substances sont utilisées comme un « **auto-traitement** » face à un mal-être psychologique (isolement, dépression, pathologie, solitude, douleurs chroniques, anxiété ...).

La recherche du « **Quoi** » implique donc d'aller identifier la fonction de ce produit, mais également ses effets positifs, qui sont perçus comme une solution face à une souffrance psychique.

Notons que cette solution est souvent présentée comme étant de courte durée et que la plupart du temps, ce qui amène les personnes à consulter en addictologie, serait le déséquilibre entre les bénéfices et les inconvénients associés à ce comportement.

En effet, lorsque la personne perd le contrôle de sa consommation et que cette dernière prend progressivement une trop grande place dans sa vie, il y a un risque que le mal-être initialement vécu ne puisse plus uniquement être contenu par cette solution. A ce moment-là, la fonction de la substance perd son sens car elle amène plus de

désavantages (trous de mémoire, isolement, perte de travail, conflit avec les proches, problème de santé...) que de bénéfices.

C'est lorsque cette balance est renversée, que l'idée d'un changement qu'il soit vers une consommation contrôlée ou vers une abstinence totale, peut être envisagée.

Précisons que ce **processus de changement n'est pas pour autant linéaire**. Il est important de préciser que **chaque personne possède un rythme différent**. C'est pour cela que le **parcours de soins de chacun est pensé en fonction de l'individu dans son intégralité** (avec son vécu, ses forces et ses faiblesses, sa pathologie, son environnement ...) et **non exclusivement en fonction de son trouble**.

Cette vision de la prise en charge permet de **mobiliser les capacités et les ressources que les personnes possèdent déjà**. Ainsi, certains usagers vont pouvoir se saisir des soins comme un levier pour tendre vers leur objectif de non consommation, d'autres vont transformer les soins en véritable filet de sécurité lorsqu'ils sont confrontés à des situations de rechute face aux consommations. **Certains, vont faire des allers-retours** en s'engageant

La prise en charge, en psychologie, vise à être complémentaire à la question de la prise de traitement

En effet, les traitements médicamenteux permettent de soigner le versant somatique, tandis que les psychothérapies vont, quant à elles, **tendre à développer les stratégies d'adaptation face à un problème donné**.

Dans le champ des addictions, la prise en charge se focalise le plus souvent sur le produit en question (alcool, cannabis, cocaïne ...).

Dans les psychothérapies, l'idée est de pouvoir se décentrer du produit afin d'amener la personne à se poser la question :

dans les soins, puis en les abandonnant, puis en s'investissant de nouveau... etc...

Pour conclure, peu importe les outils et/ou les moyens utilisés, il n'est pas toujours aisé pour un usager de passer la porte d'un CSAPA ou d'une autre institution de soin dans le but de parler de sa consommation, de sa maladie, de lui ou d'autre chose.

Lorsque cette étape est franchie, c'est un peu comme si la moitié du chemin était déjà parcourue.

Pour le reste, les soins engagés pourraient être vus comme une béquille qui soutient l'utilisateur afin

qu'il puisse trouver les clefs qui lui permettront, à son rythme, de **tendre vers un bien-être psychologique.**

Une assistance nombreuse et attentive



Intervention de Anne CLAVIER cadre du SMPR & DU CSAPA DE BOIS D'ARCY

Les Missions du CSAPA

(définies dans le décret du 14.05.2007 et la Circulaire du 28.02.2008)

- Le CSAPA accueille toutes les personnes présentant **une difficulté avec leur consommation de substances licites** (*alcool, tabac, médicaments détournés de leur usage*) et illicites (*cannabis, cocaïne, MDMA...*).

- Il reçoit également les personnes présentant une **addiction sans substance** (*jeux d'argent, écrans...*)

- De plus, les **membres de l'entourage** peuvent être accompagnés sur les plans psycho-sociaux.

Une **Réduction des Risques et des Dommages** est pratiquée systématiquement par l'ensemble des membres de l'équipe en lien avec leur fonction. Cette mission a pour but, outre la limitation des risques sanitaires et sociaux, de contribuer au processus de soins, au maintien et à la restauration du lien social.

Le CSAPA assure une **mission de prévention** en lien avec les partenaires du territoire, devenue obligatoire depuis la loi de modernisation de notre système de santé (2016).

Les consultations sont **gratuites, sur rendez-vous. Elles peuvent être anonymes.**

Les soins sont libres et consentis. **Seule la justice pose les obligations de soins.**

Les CSAPA ne sont pas sectorisés.

Des équipes pluridisciplinaires :

- Assistantes médico-administratives,
- Infirmières Diplômées d'Etat,
- Médecins addictologues (généraliste ou psychiatre),
- Psychologues,
- Assistantes sociales,
- Educateurs
- Psychomotricienne (CSAPA de Bois d'Arcy)

Le Parcours du patient au CSAPA du Centre Hospitalier de Versailles (CHV)

Le premier entretien est **téléphonique**. Il est réalisé par un infirmier. Il permet :

- d'aborder le parcours de vie du patient dans sa globalité et l'historique des consommations,
- de délivrer une information sur les modalités d'accueil et de prise en charge au CSAPA.



Le patient est ensuite orienté vers :

- un ou des professionnel(s) de l'une des antennes (*Versailles, Trappes, Rambouillet*), ou un groupe ou atelier thérapeutique.

- et/ou Des services spécialisés extérieurs et adaptés à sa situation.

Les entretiens suivants se déroulent **en présentiel**. Ils proposent :

- Un **accueil** personnalisé avec la mise en place d'un Document Individuel de Prise En Charge (DIPEC),
- Une **évaluation** et un accompagnement médical et/ou psychologique et/ou social,

LES MISSIONS DU CSAPA

- Une **orientation** si nécessaire et à tout moment de la prise en charge.

L'Accueil de l'Entourage au CSAPA DU CHV

En 1^{ère} intention, l'entourage est reçu, en présentiel, par un psychologue.

Au même titre que les patients, il bénéficie :

- d'une information sur les modalités d'accueil et de prise en charge au CSAPA,
- d'une évaluation des conséquences notamment sociales et psychologiques des pratiques addictives de la personne au sujet de laquelle elles

consultent ainsi que leur besoin d'accompagnement,

-d'une orientation vers l'assistante sociale de l'antenne et/ou vers une structure plus adaptée à ses besoins.

La Consultation Jeunes Consommateurs du CHV (0800 23 13 13)

Elle s'adresse aux jeunes de 12 à 24 ans (*y compris en obligation de soins*). L'objectif est d'agir dès les 1^{ers} stades de la consommation ou des comportements.

Le premier rendez-vous est donné dans les meilleurs délais, avec un psychologue de l'antenne.

La CJC correspond à un temps d'éva-

luation bref. Elle propose différentes modalités d'accueil (*jeune seul, parents seuls ou accueil conjoint*).

Les professionnel(le)s :

- réalisent une évaluation médico-psycho-sociale du consommateur et repèrent un éventuel usage nocif,
- offrent une information et un conseil personnalisé,
- accompagnent ou proposent une orientation aux jeunes en difficulté lorsque la situation le justifie,
- favorisent le dialogue entre le consommateur et son entourage,
- apportent une guidance éducative aux parents.



Versailles



Trappes



Rambouillet

LES CSAPA DU GHT SUD YVELINES

LE CSAPA DE VERSAILLES
Centre Hospitalier de Versailles

3 Antennes

CSAPA Référent
(CHV)

VERSAILLES	TRAPPES	RAMBOUILLET	BOIS D'ARCY
<p>Maison Despaigne 55 rue du Maréchal Foch 78000 VERSAILLES 01.39.63.95.00</p> <p>Lundi : 9h00 – 17h00 Mardi : 9h00 – 18h30 Mercredi : 9h00 – 17h00 Jeudi : 9h00 – 17h00 Vendredi : 9h00 – 17h00</p>	<p>Bâtiment I.P.S. 3 place de la Mairie 78190 TRAPPES 01.30.69.98.18</p> <p>Lundi : 9h00 – 17h00 Mardi : 10h00 – 19h00 Mercredi : 9h00 – 17h00 Jeudi : 9h00 – 17h00 Vendredi : 9h00 – 16h00</p>	<p>Centre Hospitalier 5/7 rue Pierre et Marie Curie 78120 RAMBOUILLET 01.34.83.68.58</p> <p>Lundi : 8h30 – 19h30 Mardi : 8h30 – 16h30 Mercredi : 8h30 – 17h00 Jeudi : 8h30 – 16h30 Vendredi : 8h30 – 12h30</p>	<p>Maison d'Arrêt 5 bis rue A. TURPAULT 78390 BOIS D'ARCY 01.30.23.80.00</p> <p>Lundi : 8h30 – 17h30 Mardi : 8h30 – 17h30 Mercredi : 8h30 – 17h30 Jeudi : 8h30 – 17h30 Vendredi : 8h30 – 17h30</p>

Mon entrée dans l'addiction. Le facteur déclencheur

Mon addiction a commencé fin 1987, j'avais 30 ans, à l'occasion d'un **changement de travail**. J'avais décidé de changer d'entreprise, c'était une bonne décision que je n'ai pas regrettée. Mais cette décision et le risque associé au changement d'employeur ont déclenché chez moi une **angoisse** que je ne réussissais pas à contrôler. **Cette angoisse a été le facteur déclencheur de mon trouble de l'usage de l'alcool.**



D'une manière compulsive j'avais besoin de prendre de l'alcool dès la fin de l'après-midi ou même le midi. J'ai tout de suite compris que cette consommation n'était pas normale. La consommation s'est installée et s'est amplifiée lorsque je suis effectivement rentré chez mon nouvel employeur, début 1988.

S'en sont suivies **18 années d'addiction**. Fin 2005, j'avais 48 ans, j'ai pu me libérer de ce trouble de l'usage. L'addiction est **une souffrance au long cours**. Pour ma part j'ai vécu plus d'un quart de mon existence avec celle-ci.

Les sources de mon addiction

Les sources profondes de mon addiction ne sont pas liées à l'événement

qui a déclenché mon trouble de l'usage d'alcool. Je décris ici les éléments de « mon paysage intérieur » qui en sont à la source, et dont je n'ai eu la compréhension que lors de ma sortie de l'addiction.

Tout d'abord j'avais un **tempérament anxieux**, hérité en grande partie de ma mère. J'ai vécu des moments d'**anxiété** sans savoir qu'elle était **exagérée** par rapport à la réalité objective et **qu'il s'agissait d'un trouble**.

Ensuite, je me suis construit enfant, puis adolescent, comme « différent », « pas normal ». Cette sensation est venue d'une précocité intellectuelle dans l'enfance. Mes intérêts ne correspondaient pas à ceux de mes pairs. J'ai le souvenir d'une grande solitude, et d'une construction où l'autre n'a pas de place.

Enfin j'ai vécu, jeune enfant, un abus de la part d'un adulte. Ce traumatisme, dont je n'ai pris conscience que tardivement m'a amené à être plus isolé, méfiant par rapport aux autres.

C'est le tempérament anxieux, renforcé par les deux autres éléments, qui explique ma construction incomplète, l'équilibre insuffisant qui ne m'a pas permis d'affronter « normalement » ce changement de travail. J'ai dû utiliser l'alcool qui a joué, un temps, le rôle de calmant et d'anxiolytique.



L'addiction jusqu'au seuil d'impossibilité

L'addiction a duré 18 ans. Pendant de longues années cela été une

souffrance pour moi et pour mes proches : mon épouse, mes enfants.

La souffrance causée à mes proches, en particulier à mes enfants reste encore présente pour moi. J'ai vécu des situations humiliantes par rapport à mes enfants. Je n'ai pas été conscient de certains événements importants qui leur arrivaient. Certaines années sont floues dans mon souvenir.

J'ai vécu la perte de liberté, l'emprisonnement, par rapport au produit. Celui-ci vient s'immiscer dans toutes les émotions, en particulier dans les émotions positives que l'on ne peut plus vivre sans le produit.

Je n'avais pas confiance dans les décisions importantes que je pouvais / devais prendre. Je considérais toujours que ma prise de décision avait été altérée par le produit, même après quelques jours d'abstinence. Ma plus grande libération actuellement est de retrouver confiance dans mes sensations et mes décisions. Je peux changer d'avis d'une seconde à l'autre, j'ai retrouvé la confiance envers mes pensées et mes sensations.

J'ai eu une suspension de permis durant un an du fait de l'alcool. Mon addiction n'a pas eu d'impacts au niveau familial, social ou médical.

J'ai fait plusieurs tentatives d'arrêts et connu deux rechutes. La deuxième a été particulièrement douloureuse : pour moi qui étais désemparé, pour ma famille qui était découragée.

Je pense que pour sortir de l'addiction il faut arriver à un « **seuil d'impossibilité** » : trop de souffrances ou trop de risques à continuer qui ne sont plus compensés par les nombreux et profonds bénéfices du produit.



TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT-EXPERT AU CSAPA DE VERSAILLES (suite)

Ce seuil est propre à chacun. On ne le connaît pas à l'avance. Chez moi, c'est la crainte de perdre mon travail qui a été le « **seuil d'impossibilité** ».

Les facteurs perçus de rémission d'une addiction

Avant de décrire ma sortie de l'addiction – médicalement parlant, ma rémission - je parle de ma situation actuelle et de l'étude que j'ai menée sur les facteurs qui permettent cette rémission.

L'activité que je souhaitais réaliser durant ma retraite est l'aide aux personnes en difficulté dans l'addiction. Pour ceci j'ai fait plusieurs formations en addictologie et notamment le DU d'Addictologie de Paris-Saclay. Celui-ci comporte des cours, un stage d'observation - que j'ai effectué au CSAPA de Versailles - ainsi qu'un mémoire sur les « Facteurs perçus de rémission d'une addiction à l'alcool ».

La rédaction de ce mémoire, les entretiens que j'ai effectués à cette occasion avec d'anciens alcooliques m'ont beaucoup appris. J'ai mesuré la grande diversité de tous les parcours. J'ai pu mieux me comprendre.

Les facteurs principaux qui amènent à sortir de l'addiction sont, selon moi, les suivants. Je les décris très sommairement ici.

Tout d'abord **on doit atteindre « le seuil d'impossibilité »**. C'est hélas une condition nécessaire et préalable;

on endure longtemps une souffrance avant d'atteindre ce seuil et de chercher réellement une solution pour arrêter.

Ensuite on doit trouver la **confiance dans sa capacité à sortir de l'addiction**. Elle arrive souvent avec un « déclic » : une solution se profile et l'on imagine qu'elle peut fonctionner pour soi. Cette confiance est indispensable. Une fois celle-ci obtenue la rémission est presque acquise.

On trouve la solution pour arrêter la consommation du produit, mais pour arriver à une abstinence sereine et pé-

renne, pour « ne pas s'accrocher à la table », il faut arriver à être bien avec soi-même et à ne plus avoir besoin du produit. On arrive à cela si l'on réussit à opérer ce que j'appelle la « **réconciliation profonde avec soi** »

Mais, pour arriver à sortir de l'addiction il faut aussi avoir **envie de vivre, avoir des projets**. Certaines personnes, peu nombreuses, n'ont pas ou n'ont plus cette envie. **Continuer l'addiction est pour elles une forme de suicide**. Il faut aussi ne pas avoir d'autres priorités supérieures dans l'instant, comme par exemple survivre dehors lorsque l'on n'a pas de domicile fixe.

La réconciliation avec soi

Un très bel exemple de réconciliation avec soi est donné dans le film « **Un Homme Merveilleux / A Beautiful Mind** » qui raconte la vie de John Nash, l'un des plus grands mathématiciens américains.

John Nash souffrait de schizophrénie. Il vivait avec des personnages intérieurs dont il a mis des années à comprendre qu'ils n'étaient pas réels - l'un d'entre eux, une petite fille, ne grandissait pas et donc ne pouvait être réelle.

Après de très nombreuses années John Nash veut se séparer de ces person-



nages. Une très belle scène présente cette séparation, vue de John Nash (avec les personnages) et vue de l'extérieur (on voit John Nash parler « tout seul »). Il explique à ses personnages qu'il les aime, mais qu'il ne peut plus continuer à parler avec eux.

Il y a tout d'abord le **seuil d'impossibili-**

té : il ne peut plus continuer à vivre avec ces personnages qui l'empêchent d'avoir la vie sociale et familiale qu'il souhaite.

Il y a ensuite la réconciliation avec soi : il se connaît – il sait désormais que ces personnages ne sont pas réels ; il s'accepte avec affection – il aime ses personnages. Avec cette réconciliation il peut, il veut, chercher les solutions qui lui sont nécessaires et qui lui conviennent. Pour John Nash il y a eu des médicaments ainsi qu'une discipline de vie et des méthodes pour ne pas rencontrer de nouveaux personnages imaginaires.

ie de l'addiction

Durant l'addiction j'ai suivi une **thérapie** avec une psychanalyste durant 5 ans. Celle-ci m'a permis de découvrir mon paysage intérieur. Elle m'a aussi déculpabilisé de mon état dépressif et de l'addiction.

Au moment du dernier arrêt, j'étais aussi suivi par une addictologue à l'hôpital de Saint-Cloud. Celle-ci m'a rassuré, m'a donné des explications sur mon addiction et mon fonctionnement.

C'est auprès d'elle que j'ai trouvé « mon déclic ». Avec son aide j'ai compris comment et pourquoi j'avais rechuté et **j'ai trouvé ma propre stratégie pour arrêter de boire** : principalement faire en sorte de ne plus avoir besoin ou envie de boire. Je devais **donc calmer mon anxiété**.

Ma sortie de l'addiction

J'ai vécu un moment d'émotion profonde où j'ai symboliquement tué le petit enfant anxieux en moi et refusé désormais de partir dans l'anxiété. Dès ce moment j'ai eu la sensation que l'alcool était derrière moi. Ce moment reste encore mystérieux pour moi, mais je sais qu'il correspondait à l'aboutissement d'un long cheminement, en grande partie inconscient.

Puisque j'avais arrêté d'avoir besoin de boire, l'arrêt de la consommation a été très facile. La difficulté d'arrêt était de 1 (voire 0) sur une échelle de 1 à 10.

L'arrêt a été facile car j'avais grandement entamé ma réconciliation avec moi-même. J'ai terminé celle-ci quelques mois après l'arrêt, suite à une dépression d'épuisement liée à mon travail.

Pour sortir d'une manière sereine et pérenne de l'addiction, il faut à la fois arrêter/contrôler la consommation/le comportement et à la fois réaliser la réconciliation avec soi. Peu importe l'ordre dans lequel on réalise ces deux opérations, il faut réaliser les deux pour arriver, non pas à sortir de l'addiction, mais à « être bien » tout simplement.

L'addiction et les comorbidités psychiatriques

Etant ici à une réunion de l'UNAFAM je souhaite parler, pour conclure des troubles psychiques. Vus de l'addiction ceux-ci sont des comorbidités psychiatriques. Dans mon mémoire j'avais étudié si **une comorbidité psychiatrique** est un facteur défavorisant ou non pour arriver à la rémission d'une addiction.

L'étude de Daigne and coll. [1] réalisée

en 2019 étudie « les facteurs psychiatriques affectant le rétablissement après un programme de traitement à long terme pour un trouble lié à l'utilisation de substances ». Elle porte sur le suivi du traitement par 245 personnes dont on a diagnostiqué une comorbidité (trouble de l'humeur, anxiété, impulsivité dysfonctionnelle, TDAH, trouble de la personnalité). Elle conclut **que les diagnostics psychiatriques comorbides ne déterminent pas les résultats du traitement à long terme.**

Bien sûr, une **comorbidité psychiatrique** est un facteur important de risque d'addiction. Elle entraîne souvent des facteurs secondaires de risque (perte de confiance en soi, difficulté dans les relations interpersonnelles, etc) et donc une **addiction plus sévère avec un parcours de soin plus long.** Mais elle n'est pas un facteur défavorisant et, selon les témoignages que j'ai pu recueillir, le « dernier arrêt » n'est pas difficile : on a dû aller au fond de soi-même, mobiliser toutes ses ressources et on a réussi à opérer sa réconciliation avec soi.

Contrairement à une idée reçue (on se réfèrera à l'étude épidémiologique du

National Institut of Health en 2011 : Lopez-Quintero and coll. [2]) on réussit très majoritairement à sortir d'une addiction, et ceci avec ou sans comorbidité psychiatrique.

C'est sur ce message d'espoir que je veux conclure, pour renforcer la confiance de celles et de ceux qui sont encore dans la difficulté de l'addiction. Cette confiance est indispensable pour les personnes en souffrance et c'est celle que je souhaite renforcer et insuffler en tant qu'ancien patient, devenu pair-aidant.

Références bibliographiques

[1] : Recherche PubMed = PSYCHIATRICS / FACTORS / RECOVERY

[Constanza Daigne](#) , [Marta Perea-Ortueta](#), [Marta Berenguer](#), [Oriol Esculies](#), [Marta Sorribes-Puertas](#), [Raúl Palma-Alvarez](#), [Nieves Martínez-Luna](#), [Josep Antoni Ramos-Quiroga](#), [Lara Grau-López](#) *Psychiatric factors affecting recovery after a long term treatment program for substance use disorder* Elsevier B.V. 2019; 10.1016/j.psychres.2019.05.026

[2] : Recherche PubMed = PREDICTORS / REMISSION / ADDICTION

[Lopez-Quintero C](#), [Hasin DS](#), [de Los Cobos JP](#), [Pines A](#), [Wang S](#), [Grant BF](#), [Blanco C](#). *Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Addiction*, 2011 MAR, 106(3):657-69

Interactions drogues / médicaments psychotropes (suite de la page 1)

3°) L'Alcool : C'est l' « extincteur du cerveau ». Il passe très vite dans le sang, puis les poumons et les autres organes. Dans le cerveau, il entraîne : ralentissement, somnolence, calme énormément l'anxiété. Cette sédation est majorée par beaucoup de médicaments psychotropes.

Son métabolisme est hépatique et se fait grâce à des enzymes. **Il est en concurrence avec les médicaments**. Les enzymes dégradent d'abord l'alcool. Les médicaments sont « à la traîne », il y a donc un risque de surdosage pour les NL (à l'inverse du tabac !), les BZD et une augmentation des effets secondaires liés à ces médicaments.

La consommation chronique d'alcool entraîne une déshydratation avec un risque **d'intoxication au lithium** « retenu » dans l'organisme.

4°) Le café : Pris à des doses raisonnables, pas d'incidence particulière. **À des doses fortes** (plus de 12 expresso/

jour), **et pour les sodas (genre Red-bull), il y a un risque :**

- *d'augmentation des taux sanguins de clozapine* (Leponex) dont il freine la dégradation par le foie.

- *d'élévation des taux de cholestérol* (hyperlipidémie) favorisant l'installation d'un « **syndrome métabolique** » associant : diabète, obésité, hyperlipidémie et son risque cardiovasculaire.

La prévention de ces troubles passe par des règles d'hygiène diététique, l'exercice physique, une surveillance médicale **clinique** (contrôle de la tension artérielle) et **biologique** (glycémie dosage sanguins des lipides). Plusieurs facteurs intriqués peuvent entraîner ce syndrome métabolique :

L'effet direct des médicaments antipsychotiques :

L'**apragmatisme** (apathie) conséquence des troubles et l'**hygiène alimentaire** défectueuse

5°) Le lithium : (le plus efficace des thyromorégulateurs) est un cas particulier, l'élimination se fait par le rein. Il est émis puis réabsorbé par le rein, « en concurrence » avec le sodium.

En cas de régime « sans sel », **le rein réabsorbe plus le sodium qui manque à l'organisme aux dépens du lithium qui est éliminé.** Le taux de lithium dans le sang va baisser.

Inversement, le lithium peut être toxique pour le rein en cas de traitement prolongé, surtout si son taux sanguin est trop élevé. Cette atteinte rénale va entraîner une augmentation du lithium sanguin. D'où l'importance d'une surveillance stricte de la fonction rénale et du taux sanguin du lithium. La balance bénéfique risque est délicate en cas de troubles rénaux pour lesquels il y a aussi des traitements. **L'avis d'un néphrologue est conseillé, surtout quand les troubles bipolaires sont bien stabilisés, avant d'envisager un changement de médicament.**