



Le bulletin de liaison de la Seine-Saint-Denis

EPS de Ville-Evrard – 202 avenue Jean Jaurès – 93330 Neuilly-sur-Marne
Tél. : 01.43.09.30.98 – 93@unafam.org

**Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques
et de leurs Associations – Reconnue d'Utilité Publique**

Un autre regard



Intervenants de la manifestation du 21 mars dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale

N° 2 – MAI 2008

Sommaire

- P. 2 L'Événement – compte-rendu « Maladies psychiques et isolement »
- P. 5 Un nouveau Groupe d'Entraide Mutuelle à Montreuil
- P. 6 Souffrance psychique et addictions par le Docteur SARAVANE
- P. 8 La parole est à vous Actualité

Editorial

Les bénévoles de l'UNAFAM 93 et leur président-délégué ont pris la décision de rénover peu à peu le bulletin de liaison que vous recevez régulièrement.

Nous souhaitons le rendre plus lisible par la forme et plus près de l'actualité de nos adhérents par le contenu.

Au cœur de chaque numéro se trouvera l'événement de l'UNAFAM 93, un compte-rendu du café-rencontre ou de la conférence tenu au cours des mois précédents. Des rubriques régulières dans chaque bulletin permettront de rechercher plus facilement l'information qui vous intéresse. A moyen terme, la maquette sera égayée par davantage d'illustrations, souvent aussi parlantes que l'écrit.

Plus important encore est notre vœu que le

bulletin devienne également un espace d'expression des lecteurs.

La rubrique « La parole est à vous » donnera une place à vos réflexions et à vos expériences - sous une forme positive et anonyme, bien entendu ! Nul besoin d'être « écrivain » pour partager avec d'autres adhérents ce qui vous tient à cœur : une lecture, une rencontre, une émission de télévision ou un film, un problème affronté et résolu. La richesse de la nouvelle formule du bulletin dépendra aussi de votre participation.

Rome ne s'est pas bâtie en un jour et le nouveau bulletin de l'UNAFAM 93 encore moins ! Mais avec votre aide, nous espérons en faire un reflet fidèle de la vie de la section et de ses adhérents.

Le comité de rédaction

participer

L'Événement

s'entraider

coopérer

s'informer

comprendre

mieux vivre dans la cité

« Maladies psychiques et isolement »

Au cours de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale, l'UNAFAM 93 a organisé une rencontre-débat à Bobigny le 21 mars. Nous remercions les quatre intervenants qui ont accepté d'y participer et d'évoquer l'isolement dû à la maladie et les moyens mis en œuvre pour aider nos proches à le rompre. Nous retraçons les grandes lignes de ces interventions.

L'isolement nuit ; trop de sollicitude aussi

Le Docteur CHALTIEL, chef de service du secteur 11 à Bondy choisit de nous exposer un cas d'isolement qui démontre les enjeux et les limites d'une aide apportée à ceux qui souffrent d'une grave fragilité psychique.

Le service mobilise de nombreuses ressources dans un effort d'aider un patient très seul depuis longtemps à sortir de son isolement.

Le rôle du secteur

Tout d'abord, le Docteur CHALTIEL nous expose le rôle du travail de secteur tel qu'il le conçoit, élaboré au fil d'une longue expérience de la psychiatrie et de ses liens avec le social.

La psychiatrie s'efforce d'interrompre le processus d'isolement, de rupture. Mais elle doit faire très attention de ne pas réinvestir des espaces asilaires.

Il s'agit là d'un travail très difficile et très frustrant car la médicalisation ne va pas restaurer la santé mentale. Le soin ne va pas, à lui seul, permettre le retour à une santé mentale suffisamment bonne.

Un temps de répit

Il souligne que l'entourage du malade, comme le malade

lui-même, a droit à des temps de répit et le secteur peut servir à l'offrir au malade, à l'entourage et au contexte social, mais il ne faut pas se laisser aller à la tentation asilaire, à la tentation de l'enfermement. De même, le médicament ne doit pas se trouver en permanence sur l'avant-scène.

Le secteur est une interface entre l'universel et le local

La psychiatrie doit être présente sur le terrain social. Elle touche aussi le voisinage. Mais où les psychiatres vont s'arrêter ? Nous ne pouvons pas tout faire.

Cependant nous pouvons être une interface entre l'universel et le local, nous pouvons introduire des expériences locales. C'est un travail militant, permanent, mais à de petites échelles ces dernières laissent des traces.

Un exemple, le Groupe Local de Santé (instauré par le Docteur Guy BAILLON) : trois/quatre personnes ont investi un quartier autour d'une commerçante, d'une assistante sociale et d'une psychologue. On crée des expériences pédagogiques pour développer la tolérance autour des personnes qui ont des troubles.

Le cas de Monsieur G.

M. G. est un patient de 45 ans qui souffre de troubles de

la personnalité. Les soins ont peu de prise et peu d'effets. Ce patient est épileptique, on constate une très grande vulnérabilité.

Cela produit, en fonction de la trajectoire, des troubles psychiatriques importants. C'est une histoire triste de rupture, de placements institutionnels jusqu'à l'âge adulte où il accède à un statut « d'autonomie ».

L'autonomie peut aussi rimer avec un ultime abandon social. En effet, il a un appartement, il vit isolé, il a un vague curateur (quelqu'un qui gère 180 dossiers, qui prélève un loyer mensuel et lui restitue cinquante euros par semaine). Les liens familiaux sont quasiment inexistantes, la famille a baissé les bras, l'équipe du secteur doit remplir le vide. Il a des conduites addictives et ennuie ses voisins. Le jeu de « la patate chaude » se met en place entre la justice, la police et la psychiatrie.

Le secteur finit par l'interner pour essayer de comprendre quelque chose.

Le soin en anglais, c'est « curing » qui signifie « guérir » ou « caring » qui signifie « prendre soin ». Dans l'idée du secteur la continuité du *caring* doit être le principe du secteur et non la continuité des soins médicaux.

Une continuité d'attention

Nos patients se sentent très persécutés par les soins. Le travail du secteur est de permettre la subsidiarité des soins, qu'ils ne soient plus une avant-scène permanente mais que nous comprenions bien que la continuité des soins, c'est la continuité d'attention (du patient et du système humain qui l'entoure : famille, voisins...). Pour M. G., la police est en première ligne. Je propose une réunion de voisinage au commissariat de police. M. G. est présent ainsi que des inspecteurs, un carré hostile et serré de voisins, des bailleurs sociaux et quelques alliés (personnes de l'équipe de secteur). Le risque de violence est réduit par le fait que cela se passe au commissariat de police. Les soignants et M. G. commencent à parler au voisinage et très vite le voisinage va être divisé. Cela crée un clivage dans le voisinage. Cette expérience va produire des alliances.

Les bons sentiments ne suffisent pas

Monsieur G. ne pose plus de problèmes cependant au bout d'un an, il se suicide. Il ne supportait plus la sollicitude que l'on a mis en place autour de lui.

Les bons sentiments ne suffisent pas. Il faut faire très attention à ce que l'on fait. Il faut une connaissance de cette exclusion du genre humain. C'est un peu comme un bébé dénutri, on ne nourrit pas un bébé dénutri comme un bébé normal. C'est la même chose pour ces personnes en détresse. Il est essentiel d'être vigilants lorsque la personne se sent revivre. Il peut y avoir des effets paradoxaux, trop de sollicitude peut étouffer. Il faut être prudent.

L'assistante sociale comme compagnon de route

Mme Marie-Aude COULOMB, assistante sociale du secteur 15 de l'EPS de Ville-Evrard, au CMP à Montfermeil, présente un exposé décrivant son action dans la lutte contre l'isolement des patients.

Elle souligne une conséquence majeure de la maladie psychique : la rupture du lien social. La première tâche de l'assistante sociale est d'évaluer le contexte personnel de l'interlocuteur en regardant dans le détail de quoi se compose l'entourage social actuel du visiteur.

Se donner du temps

« Qui demande quoi ? » est une des premières questions auxquelles on cherche des réponses. Parfois il n'y a pas de demande exprimée par le patient mais elle est sous-jacente. Il faut donc se donner le moyen d'avoir une écoute de qualité... Il faut attendre que le patient donne son accord pour commencer une ouverture vers l'inconnu, un renoncement au connu qui peut être confortable mais qui génère de la souffrance psychique avec des doutes, des peurs, des inquiétudes et des angoisses.

En quoi peut consister une action contre l'isolement ?

L'objectif est de l'aider à trouver ses repères dans la société. On commence par le plus personnel : l'aider à se réapproprier son identité et sa citoyenneté. De nombreux malades ne savent pas où sont leurs papiers. Sont-ils perdus ? Est-ce la famille qui souvent pour des raisons de « sécurité » les a gardés ? Faire ou refaire d'autres cartes utiles : la carte améthyste, la carte d'invalidité, etc.

On l'aide à découvrir ou à retrouver sa place dans la famille et ses droits comme ses devoirs en qualité de père, fils, frère, oncle.

Il s'agit de retrouver également les réseaux amicaux et familiaux là où c'est possible.

On l'encourage à reprendre en main sa situation sociale !

Est-ce qu'il connaît ses droits ? On le guide dans la découverte des démarches mises en place pour lui, à la connaissance de ses droits

Quelles sont les démarches auprès de la MDPH en cours ou qui ont été mises en place pour lui et quelles en sont les conséquences ? Quel est le montant de l'AAH et qui la gère ?

L'assistante sociale peut l'aider à reprendre une place dans son entourage immédiat et lui apprendre quels sont ses droits et ses devoirs en qualité de voisin, de locataire ou de propriétaire. Lui rappelle sa qualité de citoyen et l'importance du droit de vote.

Lui redonne des repères dans la cité

Selon les intérêts du patient, on l'accompagne dans la découverte de ce qui existe déjà comme équipement social et culturel de la ville où il réside. L'assistante sociale expérimentée connaît la ville, le quartier, l'immeuble, la famille, les voisins, les amis, etc. Elle est simplement un catalyseur d'énergie et de rencontres, un relais avec ce qui existe déjà.

Espaces de vie ouverts à tous

En s'appuyant sur la logistique déjà en place, on introduit des possibilités de socialisation, des relais existants dans la ville : club de troisième âge, centre social, ludothèque, bibliothèque, musée, magasins de mode, coiffeur, cybercafé, etc. Le

relais peut être aussi plus médicalisé comme le CATTTP ou plus ciblé comme un groupe d'entraide mutuelle.

L'aide efficace exige un accompagnement

Parfois il y a reculé devant toutes ces propositions trop « intégrées ». Dans ces cas-là on part à la recherche de solutions plus adaptées. Certains de nos patients n'arrivent à rétablir des relations sociales qu'à condition qu'elles soient de personne à personne, tout du moins dans un premier temps. L'assistant maintient le contact par un coup de fil, une lettre. Parfois il faut attendre longtemps une réaction, un retour. Certains aiment bien passer au bureau pour une courte visite tous les jours. En fait ce sont des choses très modestes mais qui ont une grande importance pour le malade.

« C'est à nous de nous creuser la tête ! »

Madame COULOMB souligne que c'est encore mieux de travailler à plusieurs au sein de l'équipe. Avec les qualités et les envies du patient et l'existant on peut commencer à tricoter une démarche de socialisation ou de réappropriation d'une place sociale. Il s'agit de toutes les façons de mettre en place une prise en charge personnalisée parfois assez simple parfois plus sophistiquée. Une bonne idée pour l'un ne pourra jamais être copiée et collée à une autre personne ! Rester dans le personnel, l'individuel souvent dans l'unique. A nous de nous creuser la tête !

Quelques règles d'or

Il faut toujours respecter les propositions faites par l'intéressé aussi modestes qu'elles soient, aussi limitées qu'elles puissent apparaître, ce seront toujours les meilleures. Cela n'empêchera pas de continuer à élaborer une idée

plus complète parfois plus ambitieuse... avec le malade. Et cela donne parfois le vertige ! Les craintes reprennent et les bonnes raisons pour ne pas entamer une démarche ou oser une rencontre ressurgissent. Il y aura un travail d'accompagnement à faire. Seul ou avec d'autres.

Donner envie ! Faire émerger l'envie, le plaisir. La bascule va se faire.

Et c'est à partir de cette dynamique que le patient va accepter de dépasser ses peurs ou quitter le ronron qui rassure. Rien n'est évident. Rien n'est jamais définitif La seule chose qui compte c'est l'accord du patient et la satisfaction ou le plaisir qu'il manifeste.... Devant les œuvres d'un musée d'art moderne ! Ou devant une table de billard ! Le plaisir de Mille S.L. à faire les comptes de la buvette de l'association. Les yeux pétillent, on ne manquera la prochaine rencontre pour rien, on commence à avoir des idées pour améliorer tel ou tel projet... Et si on dansait à telle fête ? On commence à exprimer une envie de faire un petit voyage avec le groupe. La demande qui émerge tout de suite pour combattre l'isolement, c'est de rechercher ou de retrouver un travail, vaste programme !

Si c'est la demande du patient... Il n'est pas question de la repousser

Travailler à reprendre contact avec ce qui se passe à l'extérieur implique la plupart du temps de devoir, donc de pouvoir se déplacer.

Je ne suis qu'un compagnon de route. La route est souvent longue, remplie d'embûches elle peut durer plusieurs années.

La psycho-éducation aide aussi les proches

Mme Catherine BOUKOUFI, cadre de Santé du Secteur 3 (Epinay-sur-Seine, Pierrefitte, Villetaneuse) a expliqué comment les soignants du CATTTP d'Epinay travaillent avec les familles pour les aider à mieux comprendre la maladie de leur proche et de vivre avec le malade aussi paisiblement que possible.

Mme BOUKOUFI anime des groupes de parole et d'information sur la maladie psychique.

Selon les principes de la psycho-éducation, il s'agit d'une prise en charge de la maladie par le patient et la famille. Le dossier du malade est accessible et on apprend à repérer les symptômes et à prévenir les rechutes. Les objectifs de ce travail pour le patient sont l'amélioration de sa qualité de vie. Il s'agit également de tenir compte du vécu de la maladie au sein de la famille.

Les groupes famille organisés sur le CATTTP permettent un échange de connaissances entre le personnel soignant et les familles. En général sur dix demandes, seules quatre familles répondent pour participer. Cette année, il n'y a eu que deux familles. Au préalable : connaître le diagnostic. On travaille sur ce qui se passe dans la famille autour des émotions, du quotidien dans la famille. On discute de la perception des causes de la maladie par les membres de la famille. Les idées qui circulent : c'est le « mauvais œil », « c'était inscrit dans la famille », « c'est la dopamine ». A la fin de chaque séance : il y a un feed-back ; on résume ce qui a été dit et on s'assure que l'on se comprend.

Au cours de la 2^{ème} séance, on fait un travail autour des vécus. Comment on parle de la maladie dans la famille. Il faut favoriser l'expression du patient, dire la vérité.

La 3^{ème} séance est chargée en émotion : on travaille sur le ressenti de la famille, les sentiments désagréables sont déposés.

Pendant la 4^{ème} séance, l'accent est mis sur la sauvegarde de la vie personnelle de chacun – ses intérêts, ses amis, ses sorties. Il ne faut pas s'isoler. On parle des différents types d'hospitalisations : HO, HDT.

5^{ème} séance : L'UNAFAM est conviée. L'association parle de ses actions et de l'entraide entre les familles. On parle des lois de protection. Les membres du groupe reçoivent une fiche à la fin de chaque séance qui constitue une trace des sujets discutés. Enfin on prévoit une rencontre une fois par an pour maintenir le contact.

Contribuez à la vie de votre bulletin !

N'hésitez pas à envoyer par écrit vos réflexions ou vos expériences.

93@unafam.org

EPS de Ville-Evrard
UNAFAM 93

202 avenue Jean Jaurès
93330 Neuilly-sur-Marne

L'accueil du GEM A Plaine Vie aide à rompre l'isolement

Any DAVIDSON, secrétaire de l'association « A Plaine Vie », décrit la vie du Groupe d'Entraide Mutuelle créé à Saint-Denis.

Pour l'année 2007, le nombre des présents aux heures d'ouverture du GEM est passé de 66 en février à 150 en septembre.

Un succès

L'accès au GEM est complètement libre. A l'intérieur du GEM une association d'usagers s'est créée en décembre 2007. Les adhérents prennent part aux décisions et élaborent des projets.

Les animateurs ont eu le souci de ne pas faire à la place des GEMistes mais d'être dans la proposition. Un véritable climat de confiance s'est établi.

A chacun son plaisir

Les activités du GEM sont multiples : les arts plastiques, la musique – instruments et chant (rap, slam) -, des échanges en anglais, des jeux d'écriture, on fait volontiers de la cuisine, et on peut jardiner au lopin associatif près de Stains. Le GEM est équipé d'ordinateurs qui nous permettent d'entrer sur le site « GEM A Plaine Vie ». Mais on peut également ne rien faire du tout. Des liens se sont tissés avec d'autres GEM de l'Ile-de-France. Enfin il y a eu un voyage dans la Drôme en mai 2007 où les participants ont séjourné dans un gîte et visité la région.

Le GEM rend un énorme service aux personnes en situation de handicap psychique. Elles en font leur lieu ; les membres se sentent chez eux tout en explorant volontiers le monde qui les entoure.

"BOL d'AIR" un nouveau Groupe d'Entraide Mutuelle à Montreuil

Les adhérents de l'UNAFAM de Montreuil et des communes de l'Est du département travaillent sur le projet depuis près d'un an. Fin 2007, ils ont créé une association de parrainage : **Bol d'Air**.

Après des négociations avec les élus, et avec la DDASS de Seine-Saint-Denis, (la subvention DDASS quasi confirmée n'est pas encore arrivée, mais cela ne saurait tarder), le GEM est dans ses locaux et va être en mesure d'accueillir ses premiers usagers courant mai.

Pour marquer cette première étape, une assemblée s'est tenue le samedi 19 avril au GEM, 110 avenue du Président Salvador Allende à Montreuil, dans une ambiance très chaleureuse, en la présence de nombreux amis du quartier, du GEM « A Plaine Vie » et de notre Président délégué de l'UNAFAM Seine-Saint-Denis, Jean-Claude DAVIDSON.

Du travail en perspective

Bien sûr maintenant que démarre ce GEM, tout reste à faire pour lui donner vie ! Le jardin de 250 m² est encore plein d'orties... Mais l'association reste confiante.

Deux animatrices salariées à mi-temps accueilleront les usagers.

Les horaires d'ouverture retenus mais susceptibles encore d'être adaptés sont les suivants :

mardi de 14 h à 17 h ;
mercredi de 16 h à 19 h ;
vendredi de 10 h à 13 h ; un samedi par mois de 11 h à 14 h ; un dimanche par mois de 11 h à 17 h. Les visiteurs UNAFAM sont les bienvenus !

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET ADDICTIONS

Compte-rendu de l'intervention du Docteur SARAVANE, Chef du Service des Soins Somatiques de l'EPS de Ville-Evrard, à l'AG du samedi 19 janvier 2008

L'association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale a été créée il y a sept ans.

Dans le cadre de cette dernière, nous travaillons en collaboration avec l'UNAFAM et la FNAP-Psy.

Tant que je serais le président de cette association, j'associerai l'UNAFAM dans nos travaux.

Je vais vous parler des conduites addictives

Les effets et les risques des drogues varient selon les produits et l'usage que l'on en fait. Les raisons d'utilisation diffèrent selon chaque personne. Elles sont liées à son histoire, à son état de santé, à son environnement familial et social. Pour les produits licites ou illicites, nous pouvons distinguer à l'heure actuelle trois types de comportement :

- ❖ L'usage,
- ❖ L'usage nocif,
- ❖ La dépendance.

- L'usage n'entraîne pas de troubles du comportement, n'entraîne pas d'escalade et n'a pas de conséquences nocives sur les autres.

- L'usage nocif est un usage à problèmes avec une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux ainsi que des répercussions sur tout l'environnement proche ou lointain.

- La dépendance peut être brutale ou progressive selon les produits consommés.

La dépendance est installée lorsque nous ne pouvons plus nous passer de consommer sous peine de souffrances physiques et / ou psychiques.

Il existe deux types de dépendance (associée ou seule) : impossibilité de résister au besoin de consommer, augmentation de l'anxiété avant l'utilisation du produit, et dès que

l'utilisateur a consommé, il se sent soulagé. On constate un sentiment total de perte de contrôle de soi pendant la durée de consommation.

Il existe deux types de dépendance :

- La dépendance psychique : lorsqu'il y a une privation d'un produit ; sensation de malaise allant jusqu'à parfois la dépression,

- La dépendance physique : l'organisme va réclamer le produit tout le temps à travers des symptômes physiques (sudation, douleurs musculaires, tremblements, nausées, insomnie, agitation, troubles du comportement avec soit de l'anxiété soit une irritabilité). Lorsqu'un sujet arrête de manière brutale, on parle de sevrage.

Quelles sont les actions des drogues au niveau du cerveau ? La cocaïne, l'ecstasy, le tabac, l'alcool ou les médicaments psycho-actifs ont tous en commun une propriété. Ils augmentent la quantité d'un neuromédiateur : la dopamine. C'est le circuit de récompense. Ces individus sont contents.

Cannabis : un principe actif qui est responsable de tous les effets psycho-actifs du cannabis. Ce principe c'est le THC (tétrahydrocannabinol). Il varie selon les endroits du monde où il est cultivé. Le cannabis se présente sous forme d'herbe. On fait sécher des boutons fleuris et on mélange avec du tabac. Il existe le shit (haschisch) qui est une résine obtenue à partir des boutons fleuris de la plante et que l'on trouve sous forme de barrettes. C'est coupé avec du cirage noir, du henné, de la paraffine.

Le cannabis lorsqu'il est fumé entraîne l'augmentation de la fréquence cardiaque, diminue la salive, et les yeux deviennent injectés (rouges).

Les autres effets nocifs sont : un défaut de concentration, une

dépendance psychique et surtout chez les personnes fragiles des hallucinations avec des modifications de perceptions visuelles, auditives et de prise de conscience avec un sentiment de persécution.

Cela favorise la survenue de troubles schizophréniques chez les personnes fragiles.

Cocaïne (poudre blanche) : elle est sniffée à l'aide d'une paille.

Il y a des gens qui se l'injectent et d'autres qui fument dans des pipes avec du tabac.

Elle est coupée avec d'autres substances (talc, aspirine, barbiturique) et cela provoque une contraction de tous les vaisseaux sanguins de l'organisme.

Chez des personnes sensibles psychologiquement, cela entraîne une instabilité de l'humeur, des délires paranoïdes, des attaques de panique. Cela peut entraîner également l'augmentation des activités physiques avec des phases d'excitation.

Cela lève les inhibitions des individus avec des actes de violences (agressions sexuelles ou dépenses compulsives). Par ailleurs, possibilité de transmission des virus A, B et en cas d'infection le VIH.

Crack : c'est un dérivé de la cocaïne. C'est un mélange de cocaïne avec du bicarbonate de soude et d'ammoniaque (sous forme de tout petits cailloux). Les usagers le font chauffer, cela crépite et ils inhalent la fumée.

Cela entraîne des hallucinations importantes et des comportements très violents avec des épisodes paranoïaques et des états suicidaires.

L'Ecstasy n'est pas du tout naturel. C'est une molécule chimique, sous forme de comprimés, mélangée avec d'autres substances (analgésiques, produits hallucinogènes, caféine, amidon, savon).

Elle peut être de différentes couleurs. On retrouve un logo dans l'ecstasy. Cela entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque, une contraction des muscles du visage. Lorsque vous touchez un usager, il a une peau moite. Cela provoque un défaut de salivation, l'exacerbation de tous les sens, des comportements agressifs, des troubles de l'humeur, des troubles psychiques sévères et durables.

Le LSD est dérivé de composés issus de l'ergot de seigle. Cela se présente sous forme de tout-petits buvards, de petits carrés ou sous forme de liquide incolore et inodore. Le LSD est revenu à la mode. C'est un hallucinogène très puissant, il modifie tous les sens (visuel, auditif) et entraîne des délires. Le « trip » dure entre cinq et douze heures. Dès que l'effet est parti la redescende est terrible. L'usager se retrouve dans un état confusionnel accompagné d'angoisse, de crises de panique, de paranoïa, de phobies, de bouffées délirantes.

Héroïne : substance obtenue à partir de morphine (poudre blanche mélangée avec d'autres substances). Cela provoque de l'euphorie, de l'apaisement. Cela agit comme un anxiolytique et un anti-dépresseur. Ces effets recherchés peuvent traduire un mal-être psychique, une souffrance, un besoin d'oubli.

Amphétamine : il s'agit d'un coupe-faim, un stimulant qui supprime la sensation de fatigue et donne l'impression d'être invincible. Cela entraîne des états psy (déclenche des psychoses, paranoïa).

Selon les effets sur le système nerveux, on distingue trois catégories :

- 1) Perturbateurs du système nerveux central : cannabis, solvant ou produits volatiles.
- 2) Stimulants du système nerveux : cocaïne, nicotine, café, amphétamine.
- 3) Dépresseurs : alcool, barbiturique, anxiolytique...

Addictions / psychiatrie qui est comorbide ?

La comorbidité (ou « double diagnostic ») est définie par l'OMS en 1995 comme « la co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatrique ». La fréquence de cette comorbidité est importante, les études épidémiologiques ont montré :

- une prévalence sur la vie des troubles mentaux de 38 à 51 % chez les patients ayant un diagnostic de troubles addictifs. Prenons par exemple la schizophrénie : l'abus ou la dépendance à l'alcool concerne un tiers d'entre eux au cours de leur vie, au cannabis un quart d'entre eux, aux opiacés 5 à 10 % d'entre eux.

Dans les troubles bipolaires, les conduites addictives sont 6,6 fois supérieures à celle d'un individu de la population générale. Ainsi dans cette population atteinte de troubles bipolaires, la fréquence pour l'alcool est de 42 %, le tabac de 60 % et pour le cannabis de 16%.

La comorbidité de troubles addictifs et de troubles psychiatriques aggrave le pronostic des deux troubles, d'où la nécessité de stratégies adaptées avec un traitement intégré (même équipe, même lieu).

Question d'un adhérent de l'UNAFAM

- Est-ce que les effets du cannabis peuvent se poursuivre après l'arrêt de la consommation de ce dernier ?

R. - Cela dépend de la quantité consommée par jour. Il est important de noter qu'un joint de cannabis est dix fois plus cancérigène qu'une cigarette.

Question d'un autre adhérent

- Quels moyens ont les familles pour aider le proche en souffrance à lutter contre ce fléau ? J'entends des familles dire que leur proche a arrêté le cannabis mais compense avec de l'alcool.

R. - Cela est très compliqué. L'âge moyen de début de consommation en France est de 11 ans !

Notez dès à présent

cette date :

Le prochain

CAFÉ-RENCONTRE

aura lieu **le samedi**

11 octobre à

l'espace Maurice Nilès

à BOBIGNY

avec la participation de

Madame CASTILLO

qui présentera

les résultats

de la recherche

menée en 2006-2007

portant sur

certains aspects

du vécu de parents

de patients

schizophrènes

RAPPEL AUX ADHERENTS

Pensez à renouveler votre cotisation annuelle au siège UNAFAM.

Cotisation de base : 55 €

13 € pour les familles non imposables

La parole est à vous

Le Bulletin imprimera les témoignages des adhérents qui souhaitent partager avec nos lecteurs une expérience, un moment vécu, ou une réflexion.

Entretien avec un bénévole de l'UNAFAM 93

Q. Quand avez-vous adhéré à l'UNAFAM ?

B. Vers 2002-03. Je m'étais rendu à la permanence d'une bénévole de l'UNAFAM 93 à Ville-Evrard ; l'écoute était très bonne. J'ai eu l'occasion d'écrire plusieurs lettres au Président J. CANNEVA qui m'a répondu sans toutefois donner des solutions aux nombreux problèmes, mais il

y a-t-il toujours des solutions ?

Q. Et avant ?

B. Mon proche est malade depuis dix ans ; il est installé dans le Midi. Il y a eu beaucoup de difficultés ; des hospitalisations d'office et beaucoup d'années sont passées avant que j'entende parler de l'UNAFAM ; de quelle manière je ne sais plus.

Q. Pourquoi êtes vous devenu bénévole de l'UNAFAM ?

B. Je suis venu à la réunion des bénévoles en 2006 parce que j'avais constaté que les bénévoles faisaient un gros travail : les cafés-rencontres ; l'information et la documentation qui circulent, les groupes de parole. Je me suis rendu compte qu'il n'y avait pas que moi ...

Pourtant, comme beaucoup, je suis déçu qu'il n'existe pas de solution pour nos proches ; l'UNAFAM n'en a pas non plus. On ne peut tout attendre de l'association. Quand mon fils était incarcéré, on ne m'a apporté aucune aide. J'ai assisté à deux congrès de l'UNAFAM ; parfois le discours me paraît

trop optimiste ; on ne cite que des exemples positifs. Espérons qu'ils peuvent avoir une influence !

Q. Vous êtes quand même content de faire partie des bénévoles ?

B. Oui, je constate leur dévouement. Je fais partie d'un groupe qui travaille sur les questions de la Justice et les problèmes de nos proches. Mais je ne souhaite pas pour le moment trop m'investir. J'ai aussi envie de faire des choses pour moi. C'est très important. Par exemple, je fais beaucoup de musique, du vélo.

Q. Quels sujets devraient être prioritaires pour l'UNAFAM ?

B. Je trouve qu'il y a trop de différences entre les soins psychiatriques administrés dans les différents hôpitaux. Il faudrait aussi que les soignants s'occupent davantage de la santé physique de nos proches. La conférence récente animée par le Docteur SARAVANE de Ville-Evrard à l'AG en janvier va dans ce sens. Espérons qu'il sera entendu.

Actualité

VIVRE ET DIRE SA PSYCHOSE

par Clément BONNET - Editions ERES, 2007 - 250 pages - Prix : 15,00 euros

Cet ouvrage donne la parole aux patients psychotiques à partir d'une enquête en sciences sociales réalisée par des praticiens d'une équipe de santé mentale. Des patients racontent leur maladie et leurs soins et des psychiatres les découvrent autrement. Comment et à partir de quoi se forme l'expérience subjective de la maladie ? Quelles sont les diverses théories étiologiques auxquelles se réfèrent les patients ? Quelles sont les représentations qui interviennent dans l'adhésion aux soins et comment interviennent-elles ? Qu'est-ce qui fait qu'un patient devient moins étranger à un médecin ? Comment évaluer l'écart entre la maladie telle qu'elle est éprouvée par le malade dans son discours profane et la maladie décrite à travers le discours médical ? Les médecins accepteront-ils de s'éloigner de leurs références habituelles pour accéder aux modèles explicatifs de leurs patients ? La relation soignant-soigné peut-elle se conceptualiser comme une transaction entre les modèles de l'un et de l'autre comme cela a été tenté à propos du sida ? Cet ouvrage vivant et original devrait contribuer à modifier certaines représentations sociales des maladies mentales aussi bien chez les soignants que dans le grand public.