

L'évolution des toxicomanies traitées en milieu psychiatrique

par P. DENIKER, H. LÔO, M. et G. CAZALIS DE FONDOUCE

Le phénomène représenté par les formes modernes des toxicomanies juvéniles évolue rapidement. Aussi convient-il d'essayer d'en suivre et d'en évaluer les modifications.

Notre étude porte sur un lot de 117 cas de toxicomanies hospitalisées dans notre service pendant les cinq années de 1968 à 1972. Les cas n'ont pas été sélectionnés, mais on n'a conservé que les dossiers exploitables du point de vue de la nature exacte des produits consommés. Ils ne représentent que 50 % environ de l'ensemble des hospitalisations pour toxicomanie. En dépit des incertitudes qui demeurent pour les autres cas, le matériel exploité nous a paru rendre compte assez exactement de l'évolution constatée, réserve faite pour le nombre, sans cesse croissant, de sujets qui ignorent ce qu'ils ont consommé et pour lesquels il est de plus en plus difficile de définir les agents utilisés.

Pour chaque année sont considérés les différents types de toxicomanies, les produits utilisés et leur mode d'utilisation, l'âge et la structure psychopathologique des sujets. Elle permet de dégager des liens entre ces divers éléments et de constater une certaine évolution dans les produits utilisés et les modes d'utilisation, modifications qui ne semblent pas indépendantes des perturbations psychologiques sous-tendant la conduite toxicomaniaque.

EVOLUTION DES TYPES DE TOXICOMANIES

En référence à la variété des drogues employées par les toxicomanes, on peut schématiquement décrire plusieurs types de toxicomanies :

- 1) la polyintoxication, intoxication marquée avec plusieurs catégories de substances psychotropes utilisées de façon simultanée ou par périodes alternées ;
- 2) la polyintoxication surajoutée à une toxicomanie élective ; dans ce groupe, à une toxicomanie prévalente s'ajoutent des recours occasionnels discontinus, plus ou moins prolongés à d'autres produits ;
- 3) enfin, la monotoxicomanie, usage fidèle d'une seule drogue, qui survient d'emblée ou après une période préalable de polyintoxication.

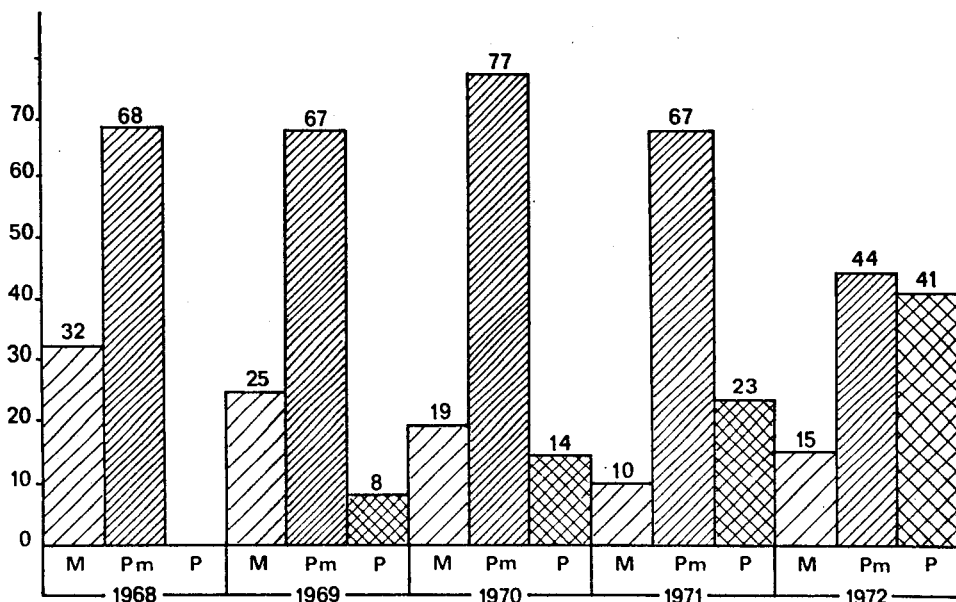
Le pourcentage des sujets présentant une polyintoxication augmente de 1968 à 1970, reste stable en 1971, puis diminue légèrement en 1972 (cf. tableau I).

Les vraies polyintoxications (P), sans produit prévalent, augmentent en pourcentage régulièrement depuis 1968 chez les sujets hospitalisés.

Les polyintoxications où un produit domine (Pm) augmentent de 1968 à 1970, puis diminuent en 1971 et rapidement en 1972.

Dans le cadre de ces polyintoxications, l'héroïne précède de loin les autres produits, jusqu'en 1972, où le lysergamide semble la rejoindre.

TABLEAU N° 1



VARIÉTÉ DE LA TOXICOMANIE

- M = monotoxicomanie
 Pm = polyintoxication avec une toxicomanie dominante
 P = polyintoxication sans substance dominante

Donc, à partir de 1971, le nombre de sujets présentant une polyintoxication avec prise préférentielle de morphine, héroïne ou amphétamines, diminue, contrastant avec le nombre croissant de sujets présentant soit une polyintoxication sans toxicomanie dominante, soit une dépendance au LSD.

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES PRODUITS

Il existe une mouvance indéniable dans la nature des drogues.

En 1968, les sujets hospitalisés ont consommé une variété restreinte de produits, que cette utilisation soit régulière ou occasionnelle, et les produits les plus fréquemment rencontrés sont les amphétamines et les barbituriques. L'année 1968 semble donc constituer pour les produits le trait d'union entre les toxicomanies classiques et les toxicomanies modernes.

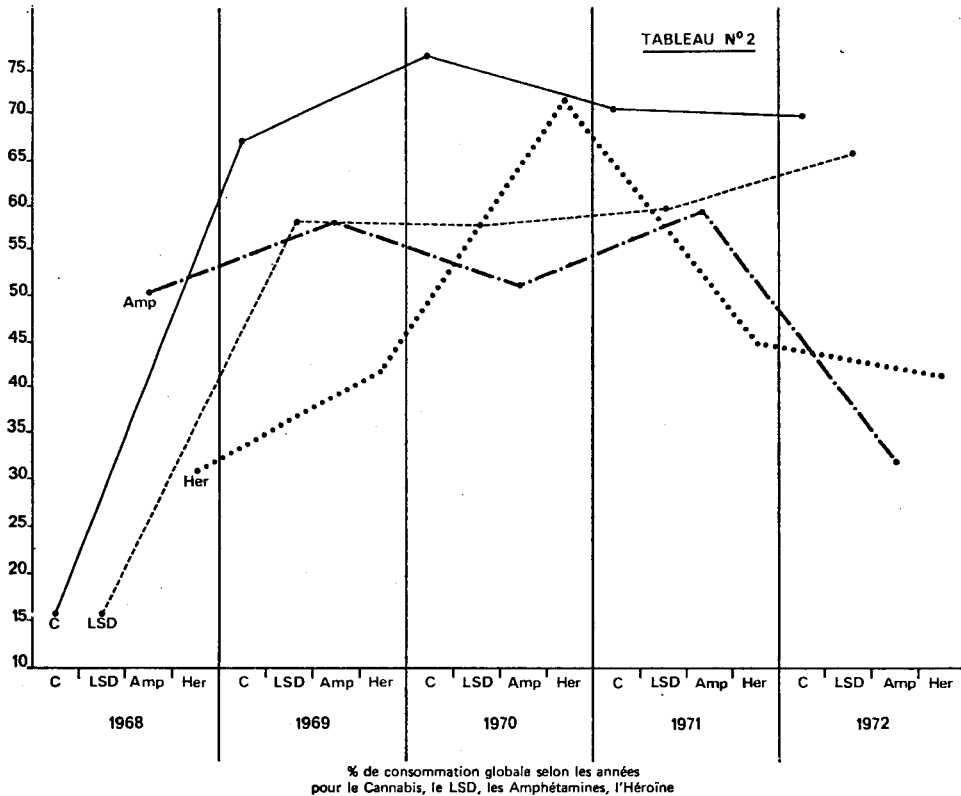
L'année 1969 voit l'élargissement de la nature des substances : cocaïne, solvants organiques, trihexyphénidyle (Artane).

L'ensemble des patients hospitalisés a utilisé en fréquence décroissante, sans tenir compte de l'importance de l'intoxication : le cannabis, le lysergamide, les amphétamines puis l'héroïne.

En 1970, on constate un accroissement notable de la variété des substances utilisées ; en particulier apparaissent des consommations abusives de tranquillisants, d'hypnotiques, exceptionnellement de neuroleptiques et de thymo-analeptiques. Au cours de la même année sont signalés les mélanges simultanés de drogues (22 % des sujets hospitalisés).

En 1971, les substances consommées sont encore plus hétéroclites : graines de volubilis, eau de cologne, herbes « congolaises » et, en 1972, certains sujets ignorent parfois le nom, les effets et les risques des produits qu'ils utilisent.

L'étude globale de l'évolution des produits (cf. tableau II) montre une régres-



sion de la consommation d'héroïne de 1970 à 1972, un effondrement de la consommation d'amphétamines en 1972, fait probablement lié à la nouvelle réglementation sur la prescription médicale des amphétamines. La modification de délivrance de l'élixir parégorique explique aussi sa disparition presque complète à cette époque.

En 1971 et 1972, les produits les plus utilisés sont le cannabis et le lysergamide, proportionnellement plus répandus que l'héroïne par rapport aux années précédentes.

MODALITÉ D'UTILISATION DES PRODUITS

Hormis l'héroïne et les amphétamines administrées dès 1969 en intraveineuse, apparaissent en 1971 et 1972 des voies d'utilisation plus inhabituelles : éther en intramusculaire, lysergamide en intraveineuse.

Les substances thérapeutiques détournées de leur usage donnent lieu d'abord à des excès quantitatifs, puis sont ultérieurement consommées selon des modalités particulières. Ainsi, en 1968, s'observent des consommations abusives d'anorexigènes à dose de 20 à 40 comprimés par jour, et d'antalgiques de synthèse (péthidine essentiellement) pouvant atteindre jusqu'à 100 comprimés par jour. Mais, seulement en 1969, apparaît chez les patients hospitalisés l'utilisation de la voie intraveineuse pour ces produits achetés en comprimés.

En 1970, 38 % de l'ensemble des toxicomanes signalent la pratique intraveineuse d'amphétamines et d'anorexigènes oraux, à raison de 30 à 70 comprimés par jour en plusieurs injections. Si le pourcentage diminue en 1971 et surtout en 1972, les modalités d'utilisation ne paraissent pas changées.

A partir de 1970, les substances sont également utilisées pour améliorer la qualité des expériences toxiques : amphétamines + morphine, ou amphétamines + LSD, par exemple. Certaines sont employées pour atténuer les désagréments secondaires : les barbituriques (pentobarbital essentiellement) apaisent ainsi les angoisses secondaires à la prise d'amphétamines.

D'autres médicaments sont utilisés pour atténuer la sensation de manque : barbituriques (pentobarbital) en intraveineuse, hypnotiques (méthaqualone ou Mandrax, mitrazépam ou Mogadon) par voie orale.

En 1970, 24 % des toxicomanes hospitalisés utilisent ainsi des médicaments psychotropes dans un double but toxicomane et « thérapeutique », mais il s'agit toujours d'autoprescription à doses extra-thérapeutiques (Diazépam : 100 à 300 mg en intraveineuse par exemple) et de voies d'administration souvent inadéquates : thioridazine (Melleril) en intraveineuse !

Ainsi, en 1970, la toxicomanie médicamenteuse proprement dite paraît décroître, faisant place à une intoxication médicamenteuse abusive autothérapeutique.

ETUDE DE L'ÉVOLUTION DES PRODUITS CONSOMMÉS
EN FONCTION DE L'ÂGE

Notre expérience vérifie la notion du rajeunissement net des adeptes de la toxicomanie : 28 % des sujets commencent avant 20 ans en 1970, 40 % en 1971, 58 % en 1972.

Si, en 1968, tous les sujets hospitalisés ont commencé par le produit qui entraînera chez eux une toxicomanie majeure, la situation change totalement à partir de 1969.

En 1969 et 1970, 50 et 52 % des sujets hospitalisés ont commencé par du cannabis, et 25 et 28 % entrent dans le service pour polyintoxication où domine l'héroïne.

En 1971, la situation est encore différente : 48 % des sujets consomment au

début du cannabis, mais seulement 16 % sont hospitalisés pour héroïnomanie dans le cadre d'une polyintoxication, 6 % pour polyintoxication sans prise préférentielle d'un produit.

Enfin, en 1972, 44 % des sujets ont commencé par du cannabis, 12 % sont hospitalisés pour toxicomanie dominante à l'héroïne, 19 % pour polyintoxication et 12 % pour intoxication au cannabis et/ou au lysergamide.

On assiste donc, à partir de 1970, à une régression du nombre des toxicomanies qui commencent par le cannabis et sont hospitalisées pour héroïnomanie prédominante ; en revanche, s'accroissent les sujets hospitalisés pour polyintoxication sans prise électorale d'un produit, et le nombre de sujets hospitalisés pour intoxication au cannabis et/ou au LSD. Dans cette modification, il faut tenir compte de la répartition des sujets qui, avec l'ouverture, à Paris, du Centre Marmottan, sont hospitalisés en psychiatrie plus volontiers lorsque existent des troubles psychiques ; or, la survenue de ceux-ci est préférentiellement liée à certains produits, l'héroïne entraînant peu de troubles psychotiques.

PRODUITS CONSOMMÉS ET STRUCTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Le pourcentage de sujets névrotiques hospitalisés diminue de 1968 à 1972. Les déséquilibrés psychopathiques constituent, de 1969 à 1972, le plus fort contingent des toxicomanes hospitalisés (environ 50 % chaque année) ; le nombre de sujets à structure prépsychotique et celui des sujets psychotiques augmentent à partir de 1971 et, en 1972, 29 % des toxicomanes admis dans le service sont considérés comme des « schizophrènes ».

L'étude des produits consommés par ces catégories psychopathologiques durant ces cinq années font apparaître certains éléments :

— Pour les sujets sans structure psychopathologique particulière et pour les sujets névrotiques, les chiffres sont peu significatifs : souvent, la toxicomanie débute après prescription médicale ou par automédication. Les produits les plus consommés sont les antalgiques centraux, les barbituriques et la morphine. En cas de polyintoxication, on relève toujours la prise préférentielle d'un produit et le recours à des produits de remplacement très voisins chimiquement.

— Les psychopathes (cf. tableau III) lors des années les plus significatives

TABEAU III

Consommations comparées (en %) sur l'ensemble des sujets

	Opium	Héroïne	Morphine	Cannabis	L.S.D.	Amphé- tamine
Psychotiques	29 %	39 %	11 %	95 %	74 %	39 %
Psychopathes	45 %	63 %	39 %	72 %	65 %	58 %

de notre étude (1970-1971-1972) consomment pratiquement tous les produits ; l'évolution de leur consommation des substances suit l'évolution de la consommation globale des produits : diminution de la consommation de morphine et d'héroïne de 1970 à 1972, diminution brutale de la consommation d'amphétamines en 1972, ainsi que celle d'hypnotiques ; l'usage de l'opium passe par un maximum en 1970 ; la consommation de cannabis est maximale en 1970, celle de lysergamide augmente en 1971 et particulièrement en 1972. La prise de médicaments psychotropes est notée depuis 1970. Pour toutes les années, l'abus d'alcool est fréquemment associé, soit avec les hypnotiques, soit dans les périodes d'arrêt de la drogue.

— Les substances employées par les sujets schizophrènes sont peu variées. Seulement 10 % en 1971 et 1972 ont consommé de l'héroïne. Il faut noter l'attirance de ces sujets pour les produits hallucinogènes. En 1971, le cannabis est le produit le plus utilisé, suivi par les amphétamines et l'héroïne. En 1972, le LSD semble plus consommé que le cannabis (25 %), l'héroïne vient ensuite, puis viennent les amphétamines. Ainsi l'héroïne est chez les psychotiques proportionnellement nettement moins utilisée que chez les déséquilibrés psychopathiques.

La prise d'alcool associé ou alterné est rare chez eux.

— Les sujets à structure psychotique sans décompensation schizophrénique présentent la même attirance pour les substances hallucinogènes.

Cet attrait des psychotiques et des prépsychotiques pour les substances psychodysléptiques suggère deux notions :

— Une attirance particulière vers un monde d'abstraction et d'imaginaire souvent rationalisé comme devant procurer une meilleure connaissance de soi, et des possibilités de communication avec autrui.

— Le retentissement de ces substances sur le psychisme des utilisateurs et notamment la possibilité qu'elles ont d'entraîner des décompensations psychotiques ; cette notion de psychoses apparues sous l'effet de substances psychotropes ou pharmacopsychoses doit être précisée. Ainsi devant des troubles psychiatriques se révélant après prise de drogue se pose le problème de la responsabilité du toxique et de la structure psychique préexistante. Il est difficile de préciser si les hallucinogènes ou le chanvre révèlent une psychose latente, aggravent une évolution pathologique ou créent à eux seuls la psychose.

L'évolution de la consommation des produits doit être rapportée à la réglementation. Elle a effectivement fait diminuer les abus d'élixir parégorique et d'amphétamines ; mais la disparition de ce produit n'entraîne-t-elle pas une recherche d'autres substances, une véritable reconversion d'un produit à un autre ? Ainsi peut-on penser que les psychotiques attirés par les amphétamines pour pallier leurs difficultés de communication et leur manque d'élan vital recourent actuellement au LSD.

La diminution de la consommation d'héroïne est plus difficile à interpréter. Les difficultés d'approvisionnement dans le marché illicite en sont-elles un facteur ? Ou bien les héroïnomanes, psychopathes pour la plupart, sont-ils pris en charge dans des structures non psychiatriques ?

L'augmentation des substances psychodysléptiques apparaît sensiblement parallèle à l'augmentation du nombre des sujets psychotiques. L'orientation psychiatrique plus spécifique du service explique, peut-être, l'augmentation du nombre des sujets psychotiques parmi les toxicomanes et la constatation d'une recrudescence des substances entraînant surtout des complications psychiatriques, c'est-à-dire les hallucinogènes ou délirogènes.

Les déséquilibrés psychopathiques consomment une plus grande variété de substances que les psychotiques ; si la législation infléchit la nature de celles-ci, le nombre des drogues pour chaque individu ne semble pas diminuer. C'est dire que de nouvelles substances sont employées, qu'il s'agisse de produits thérapeutiques psychotropes ou de produits inconnus des utilisateurs.

Ainsi, le phénomène de la toxicomanie semble dynamique, l'étude de son évolution permet de mieux apprécier les résultats des diverses mesures préventives et thérapeutiques.

QUELQUES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CAZALIS DE FONDOUCE M. — De l'évolution de la toxicomanie de 1968 à 1972. *Thèse*, Paris, 90 p.
- COLONNA L. et LÊO H. — Toxicomanie et polyintoxication. *Vie Méd.*, 1970, 51.
- DENIKER P. — Sur les abus de drogues psychodysléptiques. Toxicomanies modernes et pharmacopsychoses. *Ann. Médico-Psych.*, 1969, t. 1, 2.
- DENIKER P., COLONNA L., LÊO H. et COTTEREAU M.-J. — Les toxicomanies actuelles : effets cliniques des agents usités et aspects sémiologiques communs. *Ann. Médico-Psych.*, 1970, 2, 1, 70.
- LÊO H. — Toxicomanie actuelle. *Thèse*, Paris, 162 p.

DISCUSSION

M. LEROY. — La communication intéressante de M. le Pr Deniker m'a paru confirmer la distinction qu'on peut faire en milieu psychiatrique des toxicomanes psychotiques et des toxicomanes psychopathes. Ces derniers semblent, en effet, plus sensibles aux mesures répressives qui peuvent freiner la consommation d'héroïne alors que ceux du premier groupe (les psychotiques) ne m'ont pas paru affectés par les mesures restrictives réglementaires et policières particulièrement renforcées au cours de l'année 1972.

Réflexion sur douze années d'utilisation de la thioridazine (avec référence à 198 observations)

par C. NACHIN (80044 Amiens)

I. — INTRODUCTION

Je ne publie pas souvent sur des médicaments. C'est la quantité et la qualité des résultats que j'ai obtenus avec la thioridazine qui m'amènent à ajouter cette communication aux nombreux articles dont elle a été l'objet il y a quelques