

Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie

Mélina Fatséas, Marc Auriacombe

Fonctions et services d'exercice

Mélina Fatséas, médecin, Psychiatre-Addictologue, Docteur en Psychologie, ancien chef de clinique, Praticien Hospitalier, Département d'Addictologie (ISUA, ELSA, CSAPA) CH Charles Perrons et CHU de Bordeaux et Chercheur au Laboratoire de psychiatrie, EA4139, INSERM-IFR99, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France

Marc Auriacombe, médecin, Psychiatre-Addictologue, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, responsable de Pôle, Département d'Addictologie (ISUA, ELSA, CSAPA) CH Charles Perrons et CHU de Bordeaux et Chercheur au Laboratoire de psychiatrie, EA4139, INSERM-IFR99, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France

Résumé

Si les principes de prise en charge en addictologie sont très intimement liés à la clinique de l'addiction, à ses mécanismes psychopathologiques et neurobiologiques, la dimension transversale commune à l'ensemble des conduites addictives apparaît ici très clairement. L'essentiel des modèles thérapeutiques, les objectifs et les interventions sont en effet convergents, quelle que soit la nature du comportement addictif, avec ou sans substance.

Les sources de divergences au sein des addictions et dans leur prise en charge sont surtout liées, non pas à la nature du comportement addictif, mais plutôt aux aspects culturels, sociaux et toxiques qui les différencient effectivement.

1 Points de convergences

Depuis de nombreuses années, des éléments convergents sont rapportés concernant les différentes dépendances. Ils ont contribué à la réémergence du concept ancien d'addiction et à sa mise en avant comme objet d'intérêt médical et thérapeutique. Ces points de convergence sont nombreux :

- épidémiologiques (les différentes dépendances sont souvent associées),
- sociologiques (facteurs de risque de survenue, mais aussi mêmes conséquences d'exclusion sociale),
- neurobiologiques (activation et dysrégulation des mêmes systèmes),
- psychopathologiques et adaptatifs.

Tous ces éléments ont contribué à l'émergence en France à partir du milieu des années 1990 d'une nouvelle discipline médicale : l'addictologie. A côté de ces éléments de convergences, existent aussi des sources de divergences surtout liées, non pas à la nature du comportement addictif, mais plutôt aux aspects culturels, sociaux et toxiques qui les différencient effectivement.

2 Objectifs principaux de la prise en charge

Le traitement de la dépendance est un traitement à long terme. L'objectif, quel que soit l'objet (ou les) objet(s) d'addiction, doit être l'arrêt de la consommation ou du comportement et le maintien dans la durée de cet arrêt. La difficulté du sujet dépendant réside bien plus dans son incapacité à ne pas reprendre

l'usage ou l'utilisation compulsive après une période d'arrêt, que dans le phénomène d'arrêt en tant que tel. Le travail de tout clinicien va donc se concentrer essentiellement sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute à long terme. Dans cette perspective, la phase de sevrage, quelles que soient les modalités techniques de sa réalisation, ne peut en aucun cas résumer la prise en charge. Elle représentera le plus souvent une étape du soin ou un moment propice à l'initiation d'un suivi spécifique et prolongé.

Parallèlement à la recherche d'une rémission la plus stable possible du comportement addictif, il s'agit d'accompagner le sujet dans une démarche plus globale de changement progressif. Le développement de la conduite addictive remanie les différents champs de la vie quotidienne et de la personnalité du sujet dépendant autour de l'objet de l'addiction et de son utilisation avide. Une fois l'arrêt de l'usage obtenu, la prise en charge visera également à accompagner le sujet vers une réappropriation des domaines psychique, physique, relationnel et sociaux.

3 Mise en place de la prise en charge

3.1 Disposer d'une évaluation globale, c'est-à-dire médicale et psychopathologique, mais aussi sociale de la situation du patient

Un bilan initial à l'aide de plusieurs entretiens est souvent nécessaire afin de recueillir les éléments cliniques du comportement addictif, les conséquences de ce comportement dans différents domaines fréquemment impliqués, des informations sur l'environnement du sujet et sur le contexte psychopathologique associé ainsi que sur la motivation du

patient au changement. Cette évaluation initiale ne doit pas se limiter à la conduite addictive à l'origine de la demande de soin. Elle s'étend à l'ensemble des comportements susceptibles de donner lieu à dépendance. De plus, si les voies d'utilisation de l'objet d'addiction ne sont pas nécessaires au diagnostic, leur prise en compte est indispensable pour mettre en place une prise en charge adaptée. Il s'agira ainsi de recueillir des éléments sur

- les voies d'administration des différentes substances,
- les quantités consommées,
- les caractéristiques des comportements compensatoires pour les troubles du comportement alimentaire,
- le type de jeu d'argent ou d'activité liée à internet.

L'évaluation psychopathologique tant sur le plan de la personnalité que des troubles psychiatriques associés est un moment important du bilan initial. La comorbidité psychiatrique est fréquente quel que soit le type d'addiction, des symptômes des troubles anxieux et de l'humeur sont souvent associés.

La recherche de comorbidités somatiques est également nécessaire. Le type d'évaluation dépendra des éléments cliniques et du type de la substance de dépendance, de sa toxicité et des possibles complications liées à son mode d'administration (sérologies virales, bilan cardiologique, pneumologique, hépatique, neurologique...).

La situation sociale doit être soigneusement examinée : mode de logement, existence d'une couverture médicale, environnement familial, amical et professionnel. Les dommages sociaux représentent en effet parfois une véritable urgence et nécessitent une évaluation spécifique par un professionnel du champ éducatif.

Enfin, l'évaluation de la motivation du patient au changement est un moment essentiel du bilan initial. La motivation à l'arrêt du comportement n'est pas nécessairement en relation directe avec les

dommages observés ou ressentis. La temporalité du sujet, aux prises avec les impératifs de l'addiction, coïncide rarement d'emblée avec celle des équipes qui le prennent en charge. La motivation du sujet peut également être dissociée, ne s'affirmant que pour l'une ou l'autre des addictions, les priorités des thérapeutes pouvant entrer en conflit avec celles du patient. Il importe donc de savoir différer et réévaluer une décision afin d'adapter les stratégies de soins. Si certains éléments préalables à l'élaboration du projet thérapeutique sont indispensables, il serait illusoire et erroné de vouloir « tout savoir » d'emblée. C'est le plus souvent au décours des premiers mois de prise en charge que le bilan exhaustif se complètera.

3.2 Importance des premiers entretiens : l'alliance thérapeutique et l'élaboration du projet de soins

Les conditions de la première rencontre sont souvent essentielles à l'instauration de la relation et de l'alliance thérapeutique. L'information sur les troubles, la notion de perte de contrôle, de « craving » sont un moment essentiel permettant de déculpabiliser le sujet vis-à-vis de ses difficultés, de replacer la démarche d'arrêt du côté du soin et non plus du côté de la volonté.

Les aspects progressifs de l'évolution des troubles, la rechute comme expression symptomatique de l'addiction et comme faisant partie de l'évolution, sont importants à partager avec le patient. Cela permet d'aborder le soin de façon réaliste et non idéalisée et de maintenir une continuité de prise en charge. Sur la base des informations apportées au patient sur le trouble addictif, les premiers entretiens permettent ainsi de définir, d'explicitier les objectifs thérapeutiques, en les replaçant notamment sur un projet à long terme.

Le partage des objectifs : la prise en charge de l'addiction vise en effet à permettre un changement de comportement en profondeur. Il s'agit de trouver un compromis acceptable entre les objectifs rationnels de soins et ce que le patient souhaite et peut accepter. Plusieurs entretiens (plusieurs semaines ou plusieurs mois) sont parfois nécessaires pour permettre au patient de s'engager activement dans une prise en charge ciblée sur le comportement addictif. Les entretiens sont alors focalisés sur la résolution de mécanismes de défense psychologiques comme la projection et le déni. Il faut à certains patients du temps pour accepter cette démarche. Pour ceux qui ne sont pas dans une démarche de changement de comportement, la nature de l'intervention proposée doit être adaptée à leur motivation. Elle s'oriente vers une réduction des risques liés au comportement. Elle ne cherchera pas à agir sur le comportement de dépendance en tant que tel, mais plutôt à diminuer les risques et les dommages qui lui sont associés et à améliorer la qualité de vie du sujet. Pour certaines addictions (avec ou sans substance) cette approche pourra s'appuyer sur des traitements pharmacologiques. Les traitements médicamenteux dits de substitution consistent à échanger une forme de consommation contre une autre plus sûre, sans aborder directement le comportement de dépendance. Ces traitements agissent comme des médicaments de « remplacement ».

En pratique, il s'avère essentiel d'adapter les interventions au degré de prise de conscience et de motivation du patient, tout en ayant le souci de lui permettre de développer cette motivation pour des soins adaptés. Les entretiens motivationnels, tels que les ont développés Miller et Rolnick, à partir des théories du changement élaborées par Prochaska et Diclemente, représentent une aide précieuse dans cette démarche. Des échelles visuelles analogiques peuvent permettre d'objectiver avec une certaine fiabilité ces degrés de

prise de conscience et de motivation. Ils servent de points de repère utiles dans l'accompagnement des patients.

4 Une approche globale et une prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge s'inscrit dans une dynamique médico-psycho-sociale quel que soit le lieu de premier contact. Cette approche globale découle d'une conception multifactorielle du trouble. Elle va également permettre de traiter les problèmes accumulés dans différents domaines, en lien direct avec le comportement addictif. Les interventions des psychologues comme celles des travailleurs sociaux et des autres professionnels spécialisés doivent s'intégrer au travail des équipes pluridisciplinaires.

Ainsi, à l'issue du bilan initial, et selon la situation clinique, le projet de soin et les différentes interventions et acteurs du soin vont être définis en collaboration avec le patient. La difficulté réside souvent dans le fait de bien articuler les différents aspects de la prise en charge afin de conférer au soin un cadre cohérent et pertinent, stable dans le temps et le plus adapté possible à l'évolution clinique. Le projet thérapeutique doit offrir une gamme diversifiée de soins ambulatoires, caractérisé par son aspect multidisciplinaire, aménageable et plus ou moins intensif selon l'évolution clinique du patient. Un référent unique de la prise en charge globale doit être repéré. Il est le garant de l'histoire du patient, de son évaluation régulière et de son évolution clinique, permettant des réajustements thérapeutiques et de prise en charge régulière. Il permet également de garantir la cohérence du soin entre les différents acteurs de la prise en charge. Ce travail d'articulation peut se concevoir aussi bien dans le cadre d'une structure spécialisée

multidisciplinaire que dans celui de réseaux en médecine de ville.

4.1 La prise en charge relationnelle

L'accompagnement et la prise en charge psychologique sont essentiels. Cette prise en charge relationnelle n'est pas l'exclusivité d'un groupe professionnel. Au contraire, elle doit être partagée par l'ensemble des professionnels qui vont intervenir. Les membres des équipes spécialisées en addictologie et notamment les psychologues travaillent auprès des patients et/ou des familles afin d'évaluer la place tenue par l'addiction dans l'histoire et le fonctionnement psychique de la personne. Elles soutiennent la motivation au changement et l'implication dans la prise en charge. Chaque fois que nécessaire, des psychothérapies individuelles ou familiales plus structurées peuvent être proposées. Les thérapies cognitives et comportementales peuvent participer particulièrement au maintien de l'abstinence et à la prévention de la rechute.

Un travail cognitif sur la balance décisionnelle vise à modifier des schémas cognitifs renvoyant à de fausses attentes positives de la consommation. Elles engagent le patient à peser les bénéfices et les inconvénients de ses consommations ainsi que ceux de l'abstinence. L'anticipation et l'analyse des situations de rechute, le développement d'alternatives comportementales, un entraînement à l'affirmation de soi, à l'expression des émotions et des sentiments sont favorisés. Le travail sur les situations de rechute vise à élaborer des stratégies efficaces pour y faire face ou les éviter. Entre deux consultations, la tenue d'un carnet peut être utile pour évaluer le comportement, sa fréquence, les facteurs associés au niveau des cognitions et des émotions. Outre l'évaluation clinique régulière, cette approche participe à une prise de

conscience de la conduite addictive, de ses déterminants et de ses conséquences. Un autre élément crucial dans la prise en charge est le fait d'aider le patient à réorganiser sa vie afin de valoriser l'arrêt du comportement addictif. Le thérapeute invite à s'engager dans des activités « renforçantes » ou gratifiantes non liées à la substance, à se réinsérer dans une vie professionnelle satisfaisante, à développer des relations positives avec des personnes peu impliquées dans des addictions et à améliorer ses compétences sociales.

Des entretiens familiaux plus ou moins structurés ou formalisés représentent également un temps thérapeutique complémentaire pertinent. La création d'un espace spécifiquement dédié à l'écoute et la résolution des problématiques intrafamiliales s'inscrit dans une approche familiale dite « systémique » (étude des systèmes de communication) du trouble addictif. Cette approche permet de replacer la conduite addictive du sujet dans un contexte systémique d'interactions familiales, de révéler et de réduire les interactions les plus problématiques potentiellement impliquées dans son maintien. Les entretiens aident chacun des membres de la famille à gérer de façon plus tranquille les relations avec les autres et en particulier le patient. Les psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique sont rarement indiquées en première intention. Elles interviennent surtout après l'obtention d'une rémission stable, à distance d'une phase active du comportement addictif. Nombre de travaux ont cependant porté sur la compréhension psychodynamique du phénomène addictif. Ils en individualisent les déterminants émotionnels et inconscients.

4.2 *Qu'attendre d'un médicament en addictologie ?*

Il existe deux objectifs divergents pour l'utilisation d'agents pharmacologiques en

addictologie. Ils sont résumés dans le tableau 1.

4.2.1 L'idéal du médicament « addictolytique »

Pour qu'un agent pharmacologique participe au traitement d'une addiction, il doit avoir un certain nombre de propriétés fondamentales : apaiser significativement le « craving », cette envie puissante et envahissante de consommer ; ne pas avoir d'effet renforçant propre significatif et réduire l'effet renforçant de la co-consommation de la substance ou du comportement d'addiction. L'objectif n'est pas, en tant que tel, de compenser ou masquer les signes de sevrage. Ce point est important, car les doses suffisantes pour réduire les signes de sevrage sont inefficaces pour réduire le « craving » et l'effet renforçant de la consommation. Cette approche pharmacologique libère le sujet du lien pathologique qui l'unit à l'objet d'addiction. Elle lui permet d'investir les autres champs de la prise en charge.

Pour la dépendance à l'héroïne, les traitements disponibles sont la méthadone et la buprénorphine ; pour la dépendance au tabac, il s'agit essentiellement des patches de nicotine et de la varénicline. Le traitement de la dépendance à l'alcool consiste en une prescription de naltrexone ou d'acamprosate. Alors que la naltrexone atténue l'effet renforçant de l'alcool, l'acamprosate agit en diminuant le « craving ». Il n'existe pas aujourd'hui de médicaments pour les autres addictions, cependant des essais thérapeutiques sont en cours. Il est indispensable, chez un patient traité pour une dépendance principale, de suivre attentivement l'évolution des autres consommations de substance et de comportement d'addiction sans substances, qui doivent diminuer au cours de la prise

en charge et de l'installation d'une abstinence stable.

Il faut avoir pour règle générale de ne pas associer de prescriptions de psychotropes à une prescription de traitement addictologique. Il faut d'abord adapter la posologie. Les seules exceptions, en dehors d'une activité d'addictologue spécialiste, sont les prescriptions de benzodiazépines en sevrage progressif pour les personnes dépendantes des benzodiazépines, et la prescription d'un antidépresseur, lors de la persistance ou la survenue d'un épisode dépressif avéré après plusieurs mois de traitement. Les benzodiazépines sont aussi indiquées à la phase aiguë du sevrage d'alcool. Par contre, la prescription d'antidépresseurs d'emblée, en même tant que la primo prescription du traitement addictologique, n'est pas utile.

Les conditions de délivrance du traitement sont très importantes. Plus le traitement est encadré et accompagné, et meilleurs sont les bénéfices pour les patients. Cet accompagnement peut se faire dans une pharmacie de ville. Il est aussi organisé dans les centres spécialisés ambulatoires comme les CSAPA et les consultations hospitalières pluridisciplinaires, lieux les mieux adaptés pour la prise en charge des situations complexes.

4.2.2 Place des médicaments de « remplacement »

Si le sujet demeure attaché aux effets renforçants de la substance et ne souhaite pas s'engager dans une démarche active d'arrêt et de maintien de l'abstinence, des outils pharmacologiques de « substitution vraie » peuvent lui être proposés pour certaines substances. L'intérêt de ces traitements réside en la réduction des risques et des dommages associés à

l'usage. Il s'agit ici de remplacer la substance dont le patient est dépendant, par une autre, dont les dangers sont réduits, sans chercher à modifier le comportement de dépendance. On dispose de traitements de substitution vraie pour la dépendance au tabac (gommes, comprimés, inhalateur de nicotine) où la prise s'accompagne d'un effet renforçant perceptible de la nicotine (à la différence des patchs, non-renforçant qu'il faut distinguer). Pour la dépendance à l'héroïne, c'est la justification de la prescription médicale d'héroïne, non disponible en France.

4.3 La prise en charge sociale et éducative

La prise en charge de l'addiction sous-tend un changement en profondeur du style de vie du patient, qui comprend notamment, parallèlement à l'arrêt du comportement, l'élaboration et l'investissement d'un autre mode de relation à soi et aux autres marqués par une plus grande autonomie. L'intervention sociale prend ici tout son sens, intégrée dans l'approche médicale et psychologique, visant à favoriser le processus de resocialisation et de réinsertion. Le soutien éducatif est indispensable. Il consiste à accompagner le patient à l'aider à s'organiser au quotidien, gérer son budget, réinvestir des liens sociaux afin de développer ses compétences sociales et relationnelles indispensables à une démarche d'autonomisation et de réinsertion. Il peut s'associer à un accompagnement dans différentes démarches. L'accompagnement socio-éducatif vise de façon progressive à une responsabilisation du sujet dans les choix et les décisions le concernant.

TABLEAU I

Les médicaments en addictologie : différences entre médicament de « remplacement », et médicament « addictolytique ».

Médicament de remplacement (Se substitue vraiment afin de réduire les dommages sans toucher immédiatement au comportement addictif)	Médicament addictolytique (Contribue au maintien de l'abstinence et impose un changement de comportement)
Pas d'effort ou de contraintes particulières pour le patient	Engagement et efforts importants pour le patient. Nécessite préalablement d'être dans une démarche active de chercher à arrêter.
Conduite addictive inchangée	Conduite addictive supprimée
Expérience euphorique	Pas d'effets euphoriques
Compatible avec la consommation de la substance de dépendance	Supprime l'effet renforçant la consommation de la substance de dépendance,
Supprime les symptômes de sevrage, sans supprimer l'envie/besoin de substances	Supprime l'envie/besoin de substances, et aussi, les symptômes de sevrage
Ne modifie pas les autres usages de substance ou les augmente	Réduit les autres usages de substance
Inhaleur et gomme à mâcher de nicotine, héroïne médicalisée, détournement de la buprénorphine ou de la morphine par voie veineuse	Patch de nicotine, buprénorphine sublinguale, méthadone orale, acamprosate, varénicline