

# RECOMMANDATIONS THERAPEUTIQUES

par le Dr J. Besson

Tiré du CD-rom de l'AVCTM mai 2006

## INTRODUCTION

Le classeur de l'AVMCT contient donc une rubrique "Recommandations thérapeutiques" qui m'a été confiée en tant que responsable de la formation continue des médecins dans le domaine de la toxicodépendance. Il s'agit de profiter de cette occasion pour faire la synthèse des expériences vécues ces dernières années dans le cadre des différents groupes régionalisés du PPMT. En effet, il est aujourd'hui impossible de disposer de recommandations cliniques de type "evidence-based medicine" dans le domaine des addictions. Peut-être arrive-t-on à un consensus plus solide autour de la pratique des traitements de maintenance à la méthadone. Il existe d'ailleurs dans ce domaine plusieurs textes de référence (OFSP, Bertschy).

## QUELQUES ELEMENTS DE NEUROBIOLOGIE

L'avancée des connaissances dans le domaine des neurosciences de l'addiction est très importante depuis quelques années. On considère globalement toutes les substances psycho-actives pour étudier les mécanismes généraux de l'addiction, car toute substance psycho-actives est susceptible de produire des troubles liés à son utilisation. Les substances psycho-actives se répartissent en trois catégories:

Les psycholeptiques ou dépresseurs du SNC: opiacés, barbituriques et autres hypnotiques, benzodiazépines, et l'alcool (à haute dose).

Les psycho-analeptiques ou stimulants du SNC: caféine, nicotine, alcool (à petites doses), amphétamines et dérivés (MDMA), cocaïne.

Les psychodysleptiques ou perturbateurs du SNC: cannabis, solvants, mescaline, LSD, phencyclidine.

L'expérimentation animale a permis de mieux comprendre les bases psychobiologiques des comportements addictifs et de produire quelques modèles de vulnérabilité à l'alcool et aux drogues, incluant des hypothèses génétiques. On a ainsi appris à distinguer les troubles induits par des substances psycho-actives (intoxication, sevrage) des troubles liés à l'utilisation de ces substances (abus, dépendance). Ceux-ci sont les plus importants et leur étude nous renvoie au paradigme de l'auto-administration: il s'agit du comportement de recherche des substances psycho-actives et de ses bases neurophysiologiques. En effet, les centres impliqués dans les mécanismes d'appétence et de satiété, de désir, de récompense, etc., sont maintenant mieux connus et se situent dans le méso-diencephale, en relation avec le système limbique, au carrefour des processus cognitifs et affectifs, dans le cerveau des émotions.

Toutes les substances psycho-actives sont susceptibles d'interagir avec ces structures et produire des renforcements ramenant le sujet à l'auto-administration de la substance considérée. Prenons à titre d'exemple quelques-unes des structures du système limbique et voyons ses rapports avec l'alcool et les drogues:

Le noyau accumbens: petit noyau préfrontal à forte activité dopaminergique, il est impliqué dans les processus de motivation et d'appétence, avec une régulation sérotoninergique pour le sentiment de satiété. Or, la plupart des substances psychoactives ont un effet stimulant sur ce noyau produisant un puissant effet de recherche de la substance. Ceci s'accompagne ensuite par un sentiment de récompense lié à la libération d'endorphines, induite par la stimulation dopaminergique.

. L'amygdale: noyau de la coloration affective des informations, elle génère des sentiments agréables ou désagréables sur le vécu qui seront ensuite engrammés dans les mémoires à long terme pendant les rêves, en fonction de la charge affective.

Là aussi, les substances psycho-actives biaisent les processus en accentuant la charge émotionnelle et en favorisant les mémoires liées aux substances.

Ces mémoires affectives semblent être en relation avec l'hippocampe, siège des mémoires archaïques (déterminantes pour les schèmes comportementaux du sujet, car héritées dans l'enfance précoce et verrouillées par l'amnésie infantile). De ce point de vue on pourrait considérer les addictions comme une pathologie de la mémoire, avec une hypertrophie de la mémoire liée aux substances.

. Le locus coeruleus: petit noyau rétropontique, libérant massivement de la noradrénaline dans les mécanismes d'alarme, il joue un rôle important dans les sevrages et les processus de manque.

. L'hypothalamus: siège de la commande neuroendocrinienne, il est à l'interface du psychique et du somatique en libérant les facteurs de régulation des hormones, modulant ainsi la qualité du milieu intérieur à l'origine du vécu subjectif et corporel. Or, les substances psycho-actives interagissent avec les neuropeptides et la fonction neuroendocrinienne, soit en inhibant leur synthèse (ex.: alcool, hormones de croissance et grossesse, produisent des foetopathies alcooliques), soit par diverses interactions positives (ex.: cocaïne et fonction thyroïdienne). Un axe neuroendocrinien en exploration actuellement est celui du stress: en effet, des recherches récentes ont montré une interrelation entre vulnérabilité au stress et vulnérabilité aux addictions, via la réponse de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien. Une base génétique impliquant la réponse gluco-corticoïde a été démontrée chez l'animal (notamment animaux transgéniques). La génétique des addictions en est encore à ses balbutiements; néanmoins quelques pistes sont intéressantes:

- les études sur les jumeaux et les adoptés parlent en faveur de la transmission génétique d'une vulnérabilité;
- les études familiales sur la transmission des abus de substances et de leur comorbidité parlent aussi en faveur d'une transmission d'un risque augmenté, en tout cas pour la dépendance (avec une relative indépendance alcool/drogues);

- des hypothèses de défauts liés à des neurotransmetteurs concernent la sérotonine dans l'alcoolisme, et les endorphines dans les addictions en général (déficit relatif de synthèse face à des besoins augmentés);
- l'expression du génome semble être sensible à l'utilisation chronique de substances psycho-actives et l'objet de plusieurs types de régulation: il en résulte une nouvelle compréhension de la vulnérabilité aux substances psycho-actives pour développer une addiction. Il faut une vulnérabilité biologique (génétique, type de substance), psychologique (traumatismes, stress) et sociale (environnement, communication, ressources) pour devenir un patient sévèrement dépendant des substances psycho-actives. Toutes ces notions devront rester présentes à l'esprit du clinicien aux prises avec des patients toxico-dépendants pour mieux établir son diagnostic, son orientation thérapeutique et l'appréciation des résultats.

## **DEFINIR LE PATIENT TOXICODÉPENDANT**

Quels sont les dimensions du diagnostic? Quand on dit "un toxicomane", on n'a encore rien dit. Il s'agit de respecter l'hétérogénéité de cette population de patients et de cibler les particularités de l'individu à la consultation. Il est frappant pour un observateur (de type animateur PPMT) de voir que souvent le "toxico" n'est pas analysé par le praticien avec les mêmes outils de médecine que les autres patients. On est moins systématique, l'investigation moins complète laisse des zones d'ombre, dans lesquelles les patients ont tendance à se réfugier, contribuant ainsi à leur aura particulière. C'est pourquoi il peut être utile de disposer de grilles d'analyse standardisant quelque peu la lecture clinique des cas tout en respectant la complexité bio-psycho-sociale. Le soussigné utilise une grille à 5 dimensions, pratique pour tenir compte de la complexité, sans prétention exhaustive ni psychométrique.

- Dimension somatique: c'est la dimension du corps et du laboratoire. C'est le socle sur lequel s'appuiera le reste de l'évaluation. Par exemple on comprendra aisément l'importance de la recherche des virus, mais aussi des bilans de santé dans cette population fragilisée vivant en marge des systèmes de soins. Le sens d'une fatigue chronique ou de troubles de la concentration ou de la mémoire sont à chercher dans cette investigation somatique, de façon à préparer un discours clair quand il s'agira de poser un diagnostic psychiatrique.
- Dimension psychiatrique: il s'agit ici de s'appuyer sur les classifications de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10) et de l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV), largement concordantes d'ailleurs.

On diagnostiquera en premier lieu le trouble lié à des substances psycho-actives. S'agit-il d'une "utilisation nocive pour la santé", d'un syndrome de dépendance"?; si oui, par quelles substances, considérées les unes après les autres? La dépendance à plusieurs substances psycho-actives (polytoxicomanie) est considérée comme facteur de mauvais pronostic, étant donné le risque de passage d'une substance à l'autre pendant le traitement.

On diagnostiquera ensuite les autres troubles psychiatriques présents parallèlement (comorbidité psychiatrique). On ne s'occupe pas de savoir ce qui est primaire ou secondaire à ce stade, c'est l'inventaire des troubles qui compte, de façon à pouvoir forger un projet thérapeutique réaliste, qui tienne compte de ces aspects "double diagnostic". Les études épidémiologiques nous apprennent que 2/3 à 3/4 des patients toxicodépendants présentent une comorbidité psychiatrique, incluant les troubles de la personnalité. En dehors de ceux-ci, les troubles les plus fréquents

sont les troubles affectifs (dépressions et troubles bipolaires), viennent ensuite les troubles anxieux (phobies sociales, état de stress posttraumatique, par ailleurs largement méconnu), puis les troubles schizophréniques (20%, dans les deux sens). La question de savoir ce qui est primaire et secondaire n'est pas facile à résoudre, elle n'est pertinente que pour définir les stratégies thérapeutiques. De manière générale, un véritable "double diagnostic" sera confirmé après un mois d'abstinence de substances psychoactives, dans un esprit d'épreuve thérapeutique.

En ce qui concerne les dépressions, les études épidémiologiques montrent que 2/3 d'entre elles seront spontanément résolutive après un mois à l'écart de la substance accompagnant le trouble.

- Dimension psychologique: c'est l'héritage que nous avons des pionniers de la psychologie du monde intérieur. Qu'en est-il de la vision du monde du patient, de ses imagos parentales, et des projections sur le thérapeute, des mécanismes de défense organisés en structure de personnalité? C'est là que nous devons être vigilants quant aux répétitions des éléments de la vie du patient sur le processus thérapeutique: le plus souvent nous aurons à faire à une problématique-limite. Le patient est ambivalent par rapport au processus d'attachement et formule une demande paradoxale du type "au secours, ne m'aidez pas!" rendant le thérapeute perplexe et impuissant face aux attaques du cadre. Cette problématique de l'attachement ambivalent peut aussi ressortir à un registre psychotique au niveau structural, le patient utilisant l'"identité de toxicomane" pour recouvrir un désordre plus profond et qui serait plus désorganisé et douloureux s'il n'y avait cette tentative d'identification à un groupe marginal.

- Discussion de la crise. Pourquoi maintenant? C'est la dimension de l'héritage de la lecture systémique: quelle rupture d'équilibre du patient dans son milieu a-t-elle produit une demande de consultation? Tel toxicodépendant depuis plusieurs années demande de l'aide tel jour, à telle heure chez le Dr Untel, pourquoi? Il s'agit de rechercher les menaces sur l'homéostasie du système du patient: une épouse qui n'en peut plus, une famille épuisée, une ressource professionnelle qui se tarit, des finances éteintes, une procédure judiciaire qui se fait jour, la garde des enfants qui entre en discussion, un avocat qui a conseillé de consulter...

- Dimension des ressources: les patients toxicodépendants sont jeunes et capables de resurgir de leur pathologie de manières diverses. Un tiers des cas est rapporté comme capable de s'en sortir quasiment sans séquelles. En médecine, le débat sur la iatrogénicité concerne habituellement les maladies physiques: pourtant la psychiatrie et les approches psycho-sociales peuvent aussi induire une pathologie secondaire à la prise en charge, en l'occurrence ici une pathologie de la dépendance thérapeutique. Il s'agit donc d'être vigilant à cette dimension et de bien identifier les ressources facilitant la prise en soins, sur lesquels on pourra s'appuyer en tant que zones saines, permettant en quelque sorte des accès, des prises, pour faire avancer la thérapie. Il peut s'agir des membres de la famille, d'un hobby, parfois d'un thérapeute investi, comme par exemple le médecin traitant, porteur d'une mission centrale.

## **ORGANISER LE TRAITEMENT**

a) Définir des objectifs thérapeutiques

- Quel est le problème? Il faut ici discuter la priorité des besoins de santé présentés par le patient: s'agit-il d'un problème de survie avec mise en danger de la santé à court terme, que ce soit sur un plan médical, psychologique ou social? On pense ici par exemple aux risques de contracter des virus, ou à certaines situations de

comorbidité psychiatrique mettant itérativement le patient en danger auto- et hétéroagressif. Ou s'agit-il d'un problème moins aigu, mais plus spécifique, relevant par exemple d'une psychothérapie?

- Quelle est la demande? On distinguera la demande explicite du patient qui formule telle ou telle demande verbalement, bien souvent en contradiction totale avec la demande implicite, elle-même incarnée par les perceptions que nous pouvons avoir des défaillances de fonctionnement, notamment à travers les répétitions des mises en échec que nous pouvons repérer dans l'anamnèse.

- Quelles sont les ressources? L'inventaire des zones saines permet de s'appuyer sur des repères pour élaborer quelques objectifs de traitement. Problèmes, demandes, ressources permettent d'individualiser en fonction du patient un programme de traitement, aussi modeste soit-il. C'est la notion de seuil, fréquemment utilisé en termes de santé publique et de programmes de réduction des risques. Le seuil bas vise à entrer en matière sur des objectifs de soins minimaux, p.ex. traitement des abcès ou réduire les méfaits liés à la prostitution. Ainsi, des traitements de maintenance à la méthadone à seuil bas ne porteront-ils pas l'exigence d'emblée sur des contrôles d'urine négatifs à la recherche d'opiacés. En effet, l'expérience a montré que dans de tels programmes la normalisation des tests urinaires intervient spontanément dans un deuxième temps, quand le patient est fidélisé aux soins. Des seuils moyens et hauts concerneront des patients au bénéfice de ressources plus importantes, capables d'attendre sans dommage important une réponse coordonnée à leurs problèmes multiples, notamment en termes de psycho-thérapies et de sevrage.

- La notion de chaîne thérapeutique permet à la collectivité de répondre globalement à la diversité des besoins exprimés par les patients toxico-dépendants. L'idée est de coordonner la réponse multi-institutionnelle en fonction des besoins des patients ("patient treatment matching" des Anglo-saxons). C'est un des points les plus difficiles à réaliser de la prise en charge des patients toxicodépendants en réseau thérapeutique coordonné. Un exemple type de ces difficultés est représenté par la demande de sevrage magique: dans ce cas, l'indication médicale est sans doute plutôt un traitement de substitution que de sevrage. Il faut donc établir la liste des critères pour avoir un maximum de chances que chaque cas profite du programme le plus adéquat pour sa situation individuelle. Il faut être bien conscient que les addictions sont des maladies chroniques, potentiellement mortelles, avec des rechutes, mais qu'elles sont curables. L'échelle de temps est importante, et comme pour d'autres maladies chroniques il est raisonnable de planifier les objectifs thérapeutiques en années, étape par étape, au plus près de ce qui est acceptable par le patient et son entourage. L'expérience montre qu'une durée de traitement de cinq ans est réaliste pour obtenir des résultats consolidés. La chaîne thérapeutique commence dans la rue, par une approche de terrain, par une réponse sanitaire primaire et un lien avec les institutions d'accueil. Les centres d'accueil et d'orientation permettent une investigation multidisciplinaire et une stabilisation de premier recours, puis orientent les patients dans leur réseau, souvent chez un médecin praticien, avec une offre d'aide au suivi sur le plan psycho-social. Dans le cadre de la dépendance aux opiacés, les traitements de maintenance à la méthadone constituent un moyen de fidélisation du patient au dispositif thérapeutique, un support pour les mesures thérapeutiques de la comorbidité et le programme de réintégration dans la société. Les traitements de maintenance à la méthadone ne sont pas une fin en soi et doivent toujours être accompagnés d'objectifs de traitement par étapes.

b) Choisir les instruments

1) Pharmacothérapies

- **Sevrage:**Le traitement du sevrage dépend de la substance psycho-active considérée, des doses auxquelles elle était consommée, pendant quelle durée, en parallèle avec d'autres substances, de l'état de santé physique, de la comorbidité psychiatrique, du contexte de vie du patient, de ses antécédents de sevrage, etc. Comme on le voit, l'indication au sevrage est un geste hautement spécialisé, car le sevrage comporte des risques vitaux pendant et après le traitement proprement dit. Un patient sevré physiquement, mais pas prêt sur le plan psycho-social à gérer l'abstinence, est à haut risque de rechute aiguë, et dans le cas des opiacés, à risque élevé d'overdose mortelle, sa tolérance au produit ayant fortement diminué. Toujours dans le cas des opiacés, citons les travaux expérimentaux sur le sevrage opiacés ultra-court (SOUC, en anglais UROD, ultra rapid opiate detoxification). Il s'agit d'une technique utilisant l'anesthésie générale pour précipiter le sevrage par des antagonistes (naloxone, puis naltrexone) en gérant l'"orage neurovégétatif" pendant la narcose. L'indication au sevrage ultra-court est réservée aux patients dépendants seulement des opiacés (polytoxicomanes exclus) et au bénéfice d'un suivi structuré, notamment l'entrée dans un résidentiel. Sur le plan scientifique les données manquent cruellement pour comparer le sevrage classique et le sevrage ultracourt, surtout à moyen - long terme (absence de suivi au delà d'un mois).
- **Aversion / dissuasion:** Il n'existe pas d'aversif pur (comme l'Antabus. en alcoologie) pour les toxicodépendants, mais l'arrivée de la naltrexone (Nemexin.) est tout à fait intéressante, pour aider au maintien de l'abstinence chez le patient dépendant des opiacés sevré. En effet, la dissuasion est obtenue par le fait que les prises d'opiacés seront annulées par la présence de l'antagoniste, mais ce traitement sera réservé aux patients compliants, car la recherche des effets des opiacés par dessus la naltrexone est au risque d'une overdose mortelle. Un intérêt complémentaire de la naltrexone réside dans la distribution par une tierce personne, dans un esprit de thérapie en réseau, où le tiers devient significatif, notamment dans la triangulation thérapeutique, utile à la prévention des rechutes.
- **Traitements de substitution:** Ceux-ci ne sont disponibles que pour les patients dépendants des opiacés, il s'agit essentiellement de la méthadone, en option la buprénorphine et dans certains cas le LAAM.

**Méthadone:** traitement de substitution de référence pratiqué depuis plus de 30 ans à large échelle, familier aux praticiens suisses depuis plusieurs années, en expansion depuis l'épidémie du SIDA. Traitement bien standardisé, il doit être l'objet d'une mise en route prudente et d'un suivi par objectifs, définis dans un contrat initial. Une attention particulière sera portée aux questions du métabolisme, car l'on sait qu'une partie de la population des patients est métaboliseur lent (risque d'intoxication) ou métaboliseur ultrarapide, nécessitant des doses élevées et fragmentées pour éviter des taux plasmatiques bas, source de fréquentes rechutes. Un taux basal ou mieux un test pharmacocinétique sont à disposition auprès du laboratoire de l'Unité de biochimie et de psychopharmacologie du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA, Dr C. Eap, Prof. P. Baumann, Cery). Les traitements de substitution à la méthadone sont présumés de longue durée et visent à la réhabilitation psycho-sociale. Ils sont sujets à l'autorisation renouvelable du Médecin cantonal.

**Buprénorphine:** agoniste mu des récepteurs opiacés et antagoniste kappa et delta, la buprénorphine est une molécule intéressante pour des indications de substitution à court terme, p. ex. lorsque l'on ne connaît pas encore l'issue d'une investigation, en direction soit d'un sevrage, soit d'une substitution. Son usage sublingual et son prix élevé en font un instrument de deuxième choix pour la substitution à long terme.

LAAM: il s'agit d'une forme retard de méthadone per os, qui n'est pas sur le marché en Suisse. Son intérêt réside en sa longue demi-vie, permettant d'espacer les prises contrôlées. Peut-être la variabilité métabolique interindividuelle laisse-t-elle entrevoir une alternative à la méthadone en cas d'échec pour certains patients.

- Traitement de la comorbidité. Comme nous l'avons vu plus haut, les patients toxicodépendants souffrent fréquemment d'un deuxième diagnostic psychiatrique, qu'il soit primaire ou secondaire. La pharmacothérapie de la comorbidité psychiatrique tiendra compte des possibilités du patient en termes de capacité d'affronter la réduction de la consommation du toxique et en termes d'interactions médicamenteuses. On sera vigilant au métabolisme des médicaments par le cytochrome P450. Les interactions auront lieu à propos des opiacés avec le cytochrome P450 IID6, nécessitant l'ajustement des posologies. On signalera l'intérêt des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dans le traitement des dépressions en raison de leur sécurité et de leur bonne tolérance. Ils pourront aussi être utilisés dans le traitement de fond des troubles anxieux. Les nouveaux neuroleptiques, notamment l'olanzapine (Zyprexa.) semblent prometteurs en termes d'efficacité sur les symptômes psychotiques positifs aussi bien que négatifs, et sont au bénéfice de peu d'effets indésirables extrapyramidaux.

- Nouveaux médicaments agissant sur l'appétence L'idée est ici d'interagir avec les centres du système limbique impliqués dans les mécanismes d'appétence et de récompense.

Hypothèse opioïdurgique: dans toutes les addictions les opioïdes endogènes jouent un rôle central. Il était naturel d'essayer la naltrexone pour enrayer l'addiction à d'autres substances que les opiacés. La naltrexone a montré de l'intérêt pour les malades dépendants de l'alcool en association avec des psychothérapies cognitives et pourrait être intéressante dans d'autres dépendances, notamment à la cocaïne, ou dans la boulimie. Des études contrôlées sont encore nécessaires.

Hypothèse glutamatergique: l'acamprosate (bis-acetyl-homotaurinate de calcium, Campral R) n'a fait ses preuves que sur les patients dépendants de l'alcool. Cet "addictolytique" agirait sur les systèmes excitateurs comme un antagoniste partiel du glutamate sur le récepteur NMDA et diminuerait ainsi les "mémoires addictives" et le retour au produit.

Hypothèse sérotoninergique: à ce jour, les sérotoninergiques ont montré leur utilité pour traiter la comorbidité des troubles de l'humeur et des troubles anxieux associés aux addictions, mais ont de la peine à faire la preuve de leur utilité propre et spécifique pour réduire l'appétence aux drogues (contrairement à des travaux préliminaires sur l'animal).

Hypothèse dopaminergique: l'idée est d'utiliser des agonistes dopaminergiques pour substituer l'action de dopamine dans les mécanismes de craving et d'appétence. Mais à ce jour la bromocriptine et le triaprïde, les deux molécules candidates, n'ont pas réussi à convaincre au delà d'études pilotes sur de petits collectifs de patients, notamment dépendants de la cocaïne.

Autres hypothèses: les neuropeptides agissant directement sur les centres hypothalamiques semblent être une voie de développement, mais restent

actuellement au stade de l'expérimentation animale. Une voix intéressante est l'exploration des mécanismes du stress et, toujours au stade expérimental, consisterait à antagoniser les glucocorticoides comme facteurs de vulnérabilité aux addictions.

## 2) Psychothérapies

Face à la complexité et à l'hétérogénéité des toxicodépendances, seule une réponse intégrative, tenant compte des dimensions biologiques, psychologiques et sociales a des chances d'avoir une certaine efficacité. Sur le versant psychologique de la prise en charge, on distinguera les besoins thérapeutiques d'accompagnement psychosocial, de type traitement de soutien pour faire face aux difficultés courantes de la réinsertion, et les besoins thérapeutiques pour faire face à la psychopathologie du patient en termes de traitement de la comorbidité psychiatrique. Dans le cas de doubles diagnostics avérés, il peut être utile d'installer un suivi en duo avec un centre de référence ou une institution spécialisée.

Le médecin praticien est tout à fait qualifié pour l'accompagnement psychosocial courant du patient toxicodépendant, il représente une figure parentale investie d'une certaine neutralité et fonctionne souvent comme "Moi auxiliaire" dans le processus de réhabilitation.

Toutefois, face à un certain nombre de tableaux psychiatriques, il peut se sentir démuné et aura l'utilité de demander un consilium psychiatrique. Le consilium est mieux accepté par les patients que la demande de suivi et permet de déceler souvent des diagnostics cachés par l'abus de substances, comme les troubles bipolaires, les phobies sociales ou l'état de stress post-traumatique. Dans ces cas, une thérapie bifocale médecin praticien / approche spécialisée aura toute son utilité. Les psychothérapies spécifiques relevant de différentes approches ne devraient être prescrites que lorsque le patient est un minimum stabilisé au niveau de sa sécurité de base, et qu'il est en état de bénéficier du traitement psychothérapeutique. Voici quelques exemples de psychothérapies utiles dans différents contextes:

- **Thérapies cognitivo-comportementales:** Bien structurées, elles sont utiles individuellement ou en groupe pour l'affirmation de soi, la prévention de la rechute. Elles nécessitent une certaine compliance du patient et obtiennent de bons résultats.
- **Approche familiale systémique:** Elle a prouvé son efficacité pour les patients chez qui on peut encore mobiliser la famille. C'est un instrument indispensable pour l'investigation et le suivi des adolescents toxicodépendants.
- **Approche psychodynamique:** Il s'agit avant tout de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique. C'est une approche réservée aux patients avancés dans leur traitement et bénéficiant d'une bonne stabilité psychosociale. Le travail introspectif offert peut parfois angoisser les patients avec rupture et dénigrement du traitement. L'approche psychodynamique est utile p. ex. pour analyser des conduites d'échec répétitives, ou faire le point sur un traumatisme psychique.
- **Approches corporelles avec soutien psychologique:** La relaxation, l'eutonnie, la sophrologie, l'acupuncture etc., offrent un appoint utile au traitement des patients toxicodépendants, améliorant le confort sans exigences de mentalisation particulières, et permettent de réduire sensiblement les médications. L'hypnose et

notamment la suggestion post- hypnotique semblent d'un intérêt particulier dans ce cadre.

### 3) Sociothérapies

La richesse du réseau socio-éducatif en matière de toxicodépendance dans nos régions permet d'envisager de telles interventions à tous les niveaux de la chaîne thérapeutique.

- Ambulatoirement, il s'agit de l'action socio-éducatrice dite "en milieu ouvert" (p. ex. type ASEMO). Différents travailleurs de rue et de proximité offrent des liens avec le système social aux patients les plus démunis (ex: Relais). Les services socio-éducatifs des Centres d'accueil sont également très utiles pour créer des ponts entre les patients toxicodépendants et les services sociaux non-spécialisés (des Communes, SPAS, etc.). Ils peuvent également constituer une aide précieuse parallèle au suivi chez les médecins praticiens (p.ex. plans de désendettement, RMR, etc.).

- Les institutions résidentielles offrent un lieu de vie et un cadre structurant pour les patients insuffisamment soutenus dans un setting ambulatoire. Elles offrent aussi une alternative thérapeutique à l'incarcération (art. 44 CP). Historiquement, elles se profilaient avant tout dans le seuil haut, avec phase de sevrage et séjour de longue durée installant l'abstinence (ex: Fondation du Levant). Plus récemment, ces mêmes institutions ont élargi leur offre à des patients sous substitution, ou présentant des problèmes psychiatriques.

Par ailleurs, on voit apparaître différentes communautés thérapeutiques à seuil varié qui élargissent l'offre en la diversifiant (Foyer André, Bartimée).

- Des ateliers protégés et des formations sont aussi offertes (Association du Relais, Cefil) et permettent d'évaluer les capacités ainsi que de préparer certains patients au retour à la vie professionnelle. Des difficultés de financement liées à l'OFAS compromettent malheureusement ce type d'activité et nécessitent le soutien des médecins (certificats).

## **EVALUER LES RESULTATS**

Quelle est l'efficacité des traitements dans le domaine des abus de substances? Question souvent posée et sans réponse sous cette forme: nous savons en effet que les patients toxicodépendants constituent une population hétérogène, que nous avons appris à évaluer selon plusieurs dimensions. En fonction des problèmes, de la demande et des ressources, nous avons fixé des objectifs et choisi des instruments thérapeutiques: il s'agit donc d'évaluer si l'on a atteint les objectifs fixés initialement après un certain temps de traitement. C'est pourquoi il est très utile et fortement recommandé d'établir un contrat avec le patient: un contrat réaliste qui définit des objectifs accessibles dans un délai raisonnable, si possible sous forme écrite et signé par le médecin et le patient. Pour les toxicodépendants, qui vivent dans un monde du tout / tout de suite et du tout ou rien, il est fondamentalement thérapeutique de réintroduire la réalité et ses compromis. De plus, un contrat réaliste permet des réussites, qui seront valorisantes pour le patient. Ces contrats, à terme de quelques mois, peuvent être répétés en définissant à chaque fois de nouveaux objectifs et de nouvelles étapes dans la réhabilitation du patient en fonction de l'évaluation faite en commun. Même si ce processus doit durer quelques années, il permet de dynamiser le traitement de substitution à la méthadone et

empêche de s'installer dans la chronicité passive. Dans le domaine de l'évaluation quantitative sont apparus depuis quelques années des instruments psychométriques pour mesurer diverses dimensions du patient à différents niveaux liés à l'addiction. On peut mesurer la gravité des dommages, la motivation à entrer dans le processus de soins, la qualité de vie, etc. Pour la plupart d'origine anglo-saxonne, certains d'entre eux ont été traduits et validés en français, dont l'un ou l'autre par les équipes lausannoises. On mentionnera ici l'Addiction Severity Index (ASI), un questionnaire hétéro-administré, mesurant les besoins de soins en matière de problèmes liés aux substances, à la santé physique, à la santé psychiatrique, aux problèmes sociaux, familiaux et légaux. Une version européenne (EuropASI) évalue de plus les problèmes liés au SIDA. L'ASI peut être utilisé pour l'évaluation initiale, puis pour suivre l'évaluation du patient à l'aide de scores.

Le RAATE (Recovery Attitude And Treatment Evaluator) est un questionnaire hétéroadministré qui mesure la motivation à entrer en traitement, à poursuivre le suivi et qui évalue les résistances au traitement issues de la situation de santé du patient et de son environnement. Le SF-36 est une échelle auto-administrée qui mesure la qualité de vie des patients en leur demandant d'évaluer leur autonomie fonctionnelle. Toutes ces échelles sont indispensables à la recherche clinique et nécessitent un minimum de formation. Pour le praticien, les questionnaires auto-administrés au patient sont plus adaptés, et nous sommes en attente de versions auto-administrées des questionnaires les plus courants et les plus importants (ASI, RAATE). L'assurance qualité en matière de traitement des abus de substances est en plein développement. Pour des raisons économiques (efficacité des traitements) aussi bien que pour des raisons politiques (pertinence de certains traitements, comme les prescriptions médicales d'héroïne), plusieurs groupes de travail étudient au niveau fédéral les instruments les plus adaptés. Les normes ISO ou TQM, qui servent habituellement de références internationales en matière d'assurance qualité, sont difficilement applicables telles quelles dans le domaine des addictions. On aboutira probablement à une norme simplifiée qui évaluera avant tout les processus de soins, en définissant plus précisément quels patients vont vers quels traitements, à quel moment de leur évaluation.

## **LES RESISTANCES AU TRAITEMENT**

### 1. Résistances d'origine biologique:

La première cause de résistance au traitement d'origine biologique consiste en l'interaction entre différentes substances psycho-actives. Les exemples sont malheureusement nombreux: prise de cocaïne en parallèle à la substitution à la méthadone, produisant des troubles du comportement qui compromettent le suivi et la compliance; usage d'hypnotique produisant des troubles cognitifs et mnésiques diminuant le jugement et la concentration; alcoolisations itératives banalisées par le patient, qui entre dans une nouvelle forme de dépendance, etc. Le praticien doit rester vigilant quant à l'évolution d'une polytoxicomanie: c'est pourquoi il poursuivra les contrôles d'urine, à la recherche tour à tour des diverses substances, pour pouvoir en parler avec le patient et chercher avec lui des explications à ces dérives, pour trouver des solutions globales aux mécanismes de la dépendance. La deuxième cause de résistance au traitement d'origine biologique consiste en un problème de taux efficace de la médication prescrite. En effet, nous savons maintenant que le métabolisme des médicaments est sujet à des variations interindividuelles considérables, ceci sur des bases pharmacogénétiques. En ce qui concerne les traitements de substitution à la méthadone, il faut veiller à bien saturer

les récepteurs aux opiacés des patients, sinon ils cherchent à "compléter" la dose par des produits non prescrits. La posologie s'adapte à l'évaluation clinique, mais des tests pharmacocinétiques permettent de s'assurer du métabolisme du patient, notamment en cas de métabolisme ultrarapide, nécessitant de hautes doses de méthadone et une fragmentation des prises quotidiennes. Le même raisonnement s'applique aux médicaments psychotropes, notamment aux antidépresseurs, pour lesquels s'ajoute le facteur temps, la pleine réponse mettant deux semaines pour être observée.

Enfin, on veillera aux interactions médicamenteuses, en surveillant la prescription de médicaments possiblement en compétition sur les cytochromes, ce qui modifie leur biodisponibilité.

## 2. Résistances d'origine psychologique

La première cause de résistance au traitement d'origine psychologique réside dans la comorbidité psychiatrique. Celle-ci peut être évidente, comme dans la schizophrénie, ou plus cachée, comme dans les troubles bipolaires, où l'instabilité de l'humeur est en constante interaction avec les substances consommées. Certains diagnostics psychiatriques sont méconnus, comme les phobies sociales ou l'état de stress posttraumatique. Les troubles de la personnalité constituent à eux seuls un possible handicap permanent, indépendamment de la consommation de substances psycho-actives. Dans tous ces cas rappelons l'utilité d'un conseil psychiatrique. La deuxième cause de résistance au traitement d'origine psychologique consiste en l'installation dans le processus thérapeutique de répétitions inconscientes de patterns relationnels issus de l'histoire du patient. Progressivement le médecin se sent pris dans des interactions où s'exprime l'ambivalence du patient à l'égard de l'attachement. Le thérapeute sent alors en lui-même monter des contre-attitudes d'agacement liées à son sentiment d'impuissance face à des messages du type "au secours, ne m'aidez pas!" Le risque de rupture du traitement est élevé dans ces situations et il peut être très utile de participer à un groupe d'intervision de type PPMT, ou de discuter des cas avec un confrère de l'AVMCT. Le regard d'un tiers dans ces circonstances amène rapidement le recul nécessaire et permet d'ajuster le cadre en abordant avec le patient ses problèmes d'ambivalence. Là encore, on voit l'intérêt pour le praticien de ne pas rester seul face au traitement du patient toxicodépendant, l'appel au réseau constitue toujours une ressource utile.

## 3. Résistances d'origine sociale

La première cause de résistance au traitement d'origine sociale concerne l'environnement immédiat du patient: c'est-à-dire son couple et sa famille. L'approche systémique nous a appris à décoder les différents niveaux logiques exprimés par les patients. Il y a le niveau explicite avec la demande d'aide et de changement, mais il y a aussi le niveau implicite avec les loyautés cachées qui interdisent ces mêmes changements. L'exemple type est celui du jeune patient symptomatique dont la maladie et les troubles du comportement servent à rapprocher des parents séparés, dans une tentative désespérée de "sauver" la famille à travers l'effort commun pour lui apporter du secours. Une autre situation type est celle de la co-dépendance: on entend par là un arrangement entre le patient et son partenaire (couple, ami, collègue, etc.). Le patient exprime son besoin d'être aidé et le partenaire son besoin d'apporter de l'aide. Le partenaire est co-dépendant s'il a besoin qu'on ait besoin de lui. Cette situation est fréquente et une source importante de résistances au processus de guérison, le partenaire pouvant aller jusqu'à susciter des rechutes pour maintenir l'équilibre.

Le deuxième registre de résistances d'origine sociale vient bien évidemment de la marginalisation des patients toxicodépendants et des processus d'exclusion qui y sont liés. Aucun soin pharmacologique ou psychologique n'aura l'effet escompté si le patient n'a pas la sécurité minimale dans son existence, en termes de logement, d'alimentation, de protection, etc. On saluera à cet égard la politique fédérale dite des 4 piliers, qui inclut pragmatiquement l'amélioration des conditions de vie, voire de survie de ces patients.

## **ASPECTS ETHIQUES**

Dans le domaine particulier de l'addiction aux drogues illégales, il est important de prendre en compte le tissu de lois qui régissent les pratiques. La Loi fédérale sur les stupéfiants, le Code pénal, le Code civil suisse, les Lois cantonales sur la Santé publique et les directives du Médecin cantonal. De manière générale, il est très important d'être scrupuleux et attentif à l'application de ces différentes règles de la vie en société. En effet, les patients toxicodépendants sont en carence de règles, qu'ils ont trop vite appris à transgresser dans le cadre de leur développement, souvent à des fins de survie psychique. De plus, ils vont souvent tenter d'obtenir par la séduction des médecins différents passe-droits qui risquent fort de compromettre la relation thérapeutique, s'ils s'aperçoivent que le cadre n'est pas maintenu solidement. Cette situation est particulièrement fréquente lors de mandats judiciaires ou administratifs (permis de conduire). La fermeté nécessaire n'interdit pas l'empathie, et les écarts au cadre doivent être discutés et mis en perspective par rapport au contrat et à la demande initiale du patient. Ces confrontations sont toujours structurantes et permettent des améliorations successives, par palier thérapeutique, à seuil toujours plus élevé, visant à la réinsertion sociale. Un aspect éthique important concerne les assurances. Le patient toxico-dépendant n'est pas encore unanimement reconnu comme un malade au niveau des représentations sociales et des textes de loi. Il s'agit pour les médecins de bien faire comprendre aux différentes instances concernées en quoi les addictions sont des maladies à part entière dès qu'on les considère d'une manière clinique globale, avec les atteintes à la santé physique et psychique, primaires et secondaires. Et c'est sur le plan éthique que j'aimerais apporter une remarque conclusive: Comme on s'en est aperçu tout au long des réflexions ci-dessus, on assiste à la conceptualisation de plus en plus claire d'une véritable clinique de l'addiction. Ses implications bio- psychosociales concernent toutes les branches de la médecine de manière transdisciplinaire et rendent nécessaires non seulement les collaborations entre médecins de différentes spécialités, mais aussi avec tous les partenaires de la chaîne thérapeutique dans une approche intégrative en réseau. Cette médecine de l'addiction s'inscrit dans un projet communautaire et préfigure la médecine de demain, en recadrant la clinique dans toute sa complexité, reliant objectifs scientifiques et de santé publique, en mettant le patient au centre du dispositif.