

LE FLYER

**Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et
structures de soins auprès des usagers de drogue**

Septembre 2002

N° 9

- **Poids, posologie et taux sanguins de méthadone**
(Dr Colette GERBAUD, CSST CHU de Nice)
- **Méthadone et médecine de ville,
analyse de la littérature**
(Dr Vincent PACHABEZIAN, Paris)
- **Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie**
(Dr Alain MOREL, Le Trait d'union, BOULOGNE)
- **Conduites addictives :**
clinique, pratiques de soins et concepts
(Dr Pierre BOBENEZ et coll., CHU de BREST)

Poids, posologie et taux sanguins de méthadone

(Dr Colette GERBAUD, CSST, C.H.U. de Nice)

Au cours du congrès EUROPAD, qui s'est tenu à OSLO en mai dernier, le Dr Kim WOLFF du National Addiction Center à Londres, a présenté les résultats d'une étude préliminaire, où elle et son équipe ont essayé d'établir s'il y a une corrélation entre le poids des patients et leurs taux sanguins de méthadone, et de ce fait, si les patients peuvent justifier des posologies adaptées en fonction de leurs poids.

Il paraît opportun de rappeler en préambule les variations inter-individuelles dans le métabolisme de la méthadone, qui ont parfaitement été établies, notamment par les travaux de Chin B. EAP. Ces variations peuvent en partie être liées à des facteurs génétiques, à des interactions médicamenteuses ou à des facteurs environnementaux.

L'utilisation dans la pratique courante des méthadonémies est encore discutée, en tous cas peu répandue. L'interprétation des résultats de cet examen nécessite quelques précautions. Quelle est l'observance du patient ? Quelle est sa consommation réelle d'alcool, qui interfère dans le métabolisme de la méthadone et dans sa cinétique ? Quel est le niveau de dépendance et de tolérance aux opiacés acquis aux cours des années d'usage de drogue ? Le patient est-il en début de traitement ou en phase de diminution de sa posologie de méthadone ? Schématiquement, un patient qui a consommé pendant 10 ans une héroïne de bonne qualité et en grande quantité, nécessitera probablement, indépendamment de sa posologie, des taux sanguins de méthadone plus élevés pour être bien, qu'un patient qui est en traitement depuis 10 ans et qui baisse sa posologie progressivement et donc son niveau de dépendance aux opiacés.

Pour en revenir au sujet de l'étude, on sait que la pharmacocinétique de certains principes actifs liposolubles comme la méthadone dépend largement du poids et surtout de la masse grasseuse. Vincent DOLE rapporte déjà en 1971 que la graisse corporelle joue un rôle de réservoir pour la méthadone. Quelles sont alors les conséquences de cette séquestration sur les taux sanguins de méthadone ?

D'une manière générale, on sait que chez les patients anorexiques, les taux circulants de principes actifs lipophiles sont supérieurs à ceux des individus normaux. A l'inverse, chez les obèses, ces taux sont moins élevés.

Déroulement de l'étude :

Dans l'étude, les investigateurs ont répartis les 48 patients dans les catégories suivantes :

- ✓ maigres BMI inférieur à 18,5
- ✓ normaux BMI entre 18,6 et 24,9
- ✓ gros BMI supérieur à 24,9
- ✓ obèses BMI supérieur à 30

Les patients étaient tous traités en ambulatoire. Les mesures de méthadonémies ont été effectuées avant la prise quotidienne du médicament. Des mesures de poids et de taille, afin d'établir le BMI (Poids/ Taille au carré), ont été réalisées. Chaque groupe (maigres, normaux, gros, obèses) comprenait 12 patients. L'âge variait de 21 à 41 ans (moyenne 33,6). La posologie de méthadone variait de 20 à 200 mg/jour (moyenne 76 mg/jour).

Les résultats de cette étude sont les suivants :

Les taux de méthadone dans le sang sont plus faibles chez les patients gros et obèses que chez les patients normaux, alors que les posologies prescrites sont en général plus élevées chez ces patients gros et obèses.

Dans cette cohorte de patients, les posologies par groupe, se répartissent comme suit :

- ✓ Maigres 20 à 90 mg/jour
- ✓ Normaux 30 à 120 mg/jour
- ✓ Gros 50 à 160 mg/jour
- ✓ Obèses 40 à 200 mg/jour

Au cours de l'interrogatoire clinique, les patients gros et obèses se sont plaint plus fréquemment d'être sous-dosés et d'avoir parfois recours à de la méthadone illicitement.

Ces données confirment l'hypothèse de départ de l'équipe du Dr WOLFF, à savoir, la méthadone est stockée dans les tissus adipeux.

Les implications cliniques pourraient être les suivantes :

Globalement, les patients dont le BMI est élevé, vont nécessiter des posologies plus élevées, pour avoir des taux sanguins comparables à des patients dont le BMI est normal, et par conséquent pour être 'correctement dosés'.

Ce constat implique également qu'il faille adapter la posologie de méthadone à des patients dont le poids varie de façon sensible, à la hausse comme à la baisse.

Par ailleurs, on pourrait estimer que les patients qui se situent dans les groupes dont le BMI est très élevé, ou à l'inverse très bas, et ceux chez lesquels on observe des variations de poids importantes, pourraient nécessiter un suivi clinique plus intense. Une mesure de taux sanguins de méthadone, en support à la clinique peut être éventuellement utile chez ceux-ci.

Discussion :

Au-delà des conclusions de cette étude, qui ne sont guère surprenantes, compte tenu des connaissances en matière de cinétique des principes actifs lipophiles, cette étude confirme la nécessité d'une posologie individuellement adaptée à chaque patient. Cette adaptation passe obligatoirement par une écoute attentive des patients et de leurs besoins en opiacés.

Si l'on fait le bilan des facteurs qui influent fortement le métabolisme et la cinétique de la méthadone, à savoir la consommation d'alcool, les co-prescriptions, les facteurs génétiques et environnementaux, le niveau de dépendance et de tolérance acquis par la consommation d'opiacés, et le poids des patients, on ne devrait pas s'étonner d'avoir sur une cohorte de patients, des écarts de posologies, dès lors qu'elles sont établies sur des bases diagnostiques précises. Dans l'étude du Dr WOLFF, la variation est d'un facteur de 1 à 10 (20 à 200 mg) sur seulement 48 patients, (1 à 17 chez EAP sur 180 patients).

A l'inverse, ce qui pourrait être surprenant, c'est que sur une telle cohorte de patients, tous se situent 'miraculeusement' dans cette fourchette 'traditionnelle' de 60 à 100 mg/jour. Ceci serait plus probablement le témoin de pratiques idéologiques du traitement de substitution en matière de détermination de la posologie, que d'un concours de circonstances, amenant les patients d'une telle cohorte à avoir un métabolisme et une cinétique identique de la méthadone, compte-tenu des variations liées aux facteurs cités précédemment.

METHADONE ET MEDECINE DE VILLE

Analyse de la littérature

(Dr Vincent PACHABEZIAN, PARIS)

La prescription de méthadone en médecine générale se développe progressivement en France depuis quelques années. **En effet, aujourd'hui plus de 6 000 patients bénéficient d'un suivi par leurs médecins généralistes, pour quelques centaines seulement en 1995.** A un moment où une ouverture plus grande de cette prescription pourrait être envisagée, il était justifié de faire une recherche dans les publications internationales à propos de la place respective de la délivrance la méthadone, en médecine de ville et dans les centres de soins spécialisés. Une vingtaine d'articles et lettres est ressortie d'une recherche Medline avec les mots clés : « methadone, general practice » ; toutes ces publications sont issues de programmes anglo-saxons.

A partir de ces articles, il était intéressant d'essayer de retrouver les éléments qui intervenaient, dans la pratique, sur l'efficacité d'un programme méthadone, sachant que dans des articles de synthèse^{1,2,3} du début des années 1990, **la dose de méthadone prescrite, la durée de traitement et les mesures d'accompagnement psychosociales⁴ étaient considérées comme des facteurs importants de réussite.**

Plusieurs articles montrent l'efficacité globale du suivi en médecine de ville.

L'exemple de Glasgow⁵ fait apparaître une diminution importante du recours à la voie intraveineuse, du nombre de surdoses et de la dépense quotidienne dans l'achat de drogue.

Dans la synthèse rapportée par Salsitz⁶, à New York, 83,5 % des patients se conforment au suivi en médecine de ville. Cette prise en charge permet par ailleurs aux patients d'améliorer leur statut professionnel et leur situation financière, de finir leur formation, et normaliser leur vie, contrairement aux restrictions imposées par le suivi dans des cliniques de

soins spécialisés. Un travail de synthèse au Royaume-Uni montre, de même, que pour des groupes de patients similaires, le soin par des médecins généralistes peut produire des résultats au moins aussi bon que ceux des centres de soins spécialisés⁷. Deux autres articles vont dans le même sens, avec la question pour l'un de disposer de recommandations pour identifier les patients⁸ pouvant être suivis en ville et pour l'autre d'établir plutôt des recommandations pour identifier les médecins généralistes⁹ pouvant suivre des UD en ville.

Une lettre de GM Robinson¹⁰ décrit précisément les rapports entre un centre de soins et les MG en Nouvelle Zélande. Les MG reçoivent en même temps que l'autorisation de prescription de la méthadone des instructions sur le dosage et la durée de prescription, la manière de prescrire la méthadone sans trop de risque, la fréquence des consultations, le montant des honoraires, les méthodes d'évaluation et de surveillance comportant l'examen des veines et les analyses d'urines. Le médecin généraliste reçoit une copie du contrat établi entre le patient et le centre définissant les limites. Le centre est d'accord pour discuter des problèmes de gestion de traitement, revoir les patients rapidement, et reprendre au centre tout patient qui aurait des difficultés à être suivi en médecine générale pour quelque raison que ce soit, y compris la non-compliance, l'absence à des rendez-vous et les problèmes de comportement. L'article précise que ces situations se produisent en fait très rarement.

Cette question du support de l'équipe d'un cabinet médical est analysée aussi dans d'autres papiers ; soutien de l'ensemble de l'équipe¹¹ et critères de recrutement des médecins et du secrétariat¹² y sont évoqués. Il est également rapporté que le détournement de méthadone est réduit lorsque les pharmacies contrôlent la

délivrance, en collaboration avec l'équipe de soin.

Les MG constituent la colonne vertébrale du dispositif de prise en charge des usagers de drogue à Amsterdam¹³. Une distinction est faite entre les drogues avec risques

« acceptables », où les sujets sont traités sans stigmatisation particulière et les risques « inacceptables », comprenant les délits en rapport avec la drogue. Le programme s'est montré efficace pour prévenir, chez la majorité des patients, le passage à l'inacceptable.

Les médecins généralistes ont a priori de fortes réticences à s'impliquer dans le soin aux UD. Très rapidement, après formation, ces barrières tombent et les médecins reçoivent rapidement après ces premières formations, un nombre plus élevé d'UD et prescrivent des doses plus importantes de méthadone¹⁴. Une autre étude démontre la capacité à impliquer des MG dans le traitement des usagers de drogues à problème, avec l'importance d'une formation continue, et une formation à l'approche globale des usagers de drogue¹⁵.

Deux articles relatent l'efficacité des programmes méthadone en médecine générale, mais mettent en évidence les coûts élevés des programmes méthadones, pour l'un¹⁶, sans préciser à quoi est lié ce coût « considérable », et pour l'autre¹⁷, en précisant que le paiement des honoraires est une barrière pour certains par rapport aux centres de soins.

A côté de ces articles en faveur de la prescription de la méthadone par les médecins généralistes, certains émettent des craintes. **L'abus de crack/cocaïne et les problèmes sociaux sont classiquement des facteurs péjoratifs dans la réussite des programmes, que ce soit en ville ou dans des centres spécialisés⁶.**

L'augmentation de la consommation de méthadone en Angleterre et au Pays de Galle suscite trois préoccupations¹⁸ :

- l'augmentation du risque de surdose par méthadone
- l'augmentation du détournement vers le marché illégal

- la remise en cause de l'efficacité des programmes en soins primaires et secondaires.

Pour pallier le risque de détournement la mise en place d'une liste centralisant les noms des patients dans les programmes de traitement est expérimentée¹⁹ en Irlande, où existe un haut niveau de comportement à risque et une tendance à l'initiation précoce des drogues. Le principe de cette liste n'est pas encore probant et nécessite une exploration plus longue selon les auteurs.

Une étude récente²⁰ montre des différences préoccupantes entre la prescription de méthadone dans le secteur privé et les médecins généralistes du Service National de Santé dans le sud de l'Angleterre. Les doses sont plus élevées, le manque d'adaptation des prises et le choix plus fréquent pour la forme injectable de méthadone augmente d'une manière importante le risque d'abus et le détournement vers le marché noir.

Cette question de la méthadone injectable, spécifiquement britannique, apparaît dans plusieurs articles et n'est pas sans poser de problèmes. Sa place dans l'arsenal thérapeutique des traitements du mésusage des drogues est remise en cause par les décideurs politiques en particulier dans le cadre de la médecine générale. Une enquête suggère qu'une minorité de MG soit impliquée dans cette prescription²¹. La place de la méthadone injectable est également remise en cause dans une lettre du British Journal of General Practice²². Dans cette lettre est aussi discuté le critère de l'abstinence dans les études sur la méthadone. En effet, le nombre de perdus de vue est si élevé dans tous les travaux où l'abstinence est envisagée, qu'ils n'ont pas une grande valeur.

Finalement, les trois facteurs influençant la qualité d'un programme méthadone définis au début (dose prescrite, durée du traitement et mesures d'accompagnement psychosociales) ne sont que très peu évoqués. Le dosage se retrouve discuté dans trois articles. Une étude de cohorte à Amsterdam montre que le dosage moyen de méthadone était supérieur chez les plus anciens usagers, les usagers Vih+, ceux ayant la plus longue durée de prostitution, les injecteurs actuels, les plus anciens

utilisateurs de la voie IV, ceux qui utilisent la méthadone depuis longtemps. Le dosage de méthadone est souvent plus bas²³ chez les patients des cabinets de ville, dans les postes de police, en prison.

En conclusion, l'ouverture de la primo-prescription de méthadone vers les médecins généralistes pourrait être une solution, tout au moins en France, pour en permettre l'accès à de nombreux usagers d'héroïne en difficulté. **Il n'y a pas à ce jour d'arguments sérieux pour faire une différence dans l'accès aux traitements de substitution, entre la buprénorphine et la méthadone.**

Cependant à la lecture d'un certain nombre de travaux rapportés ci-dessus, l'extension

de la prescription devrait s'accompagner d'une formation solide et validante des médecins généralistes (non seulement en matière d'opiacés et leurs traitement de substitution, mais aussi sur toutes les addictions, cocaïne, alcool, médicaments...), d'un soutien des centres de soins spécialisés permettant un accompagnement médico-psycho-social en cas de difficulté. *Encore faudrait-il que les centres acceptent une coopération étroite avec la médecine de ville et réciproquement, ce qui n'est pas toujours le cas. La place réelle et les moyens des réseaux ville-hôpital et des réseaux de soin de proximité devraient également être repensés dans un tel dispositif.*

¹ "Traitement à la méthadone" Editions Médecine et Hygiène, Genève 1994 ; 320 pages

² Farrell M et coll. "Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review" *Br Med J* 1994 ; 309 : 997-1001

³ Meystre-Agustini G et coll. "Methadone treatment in medical private practice : outcome according to the number of courses followed" *Br J Addict* 1990 ; 85 : 537-545

⁴ Méthadone, *Rev Prescr* 1995 ; 154 : 564-569

⁵ Hutchinson SJ et coll. "One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme" *Addiction* 2000; 95:1055-1068

⁶ Salsitz EA and al., Methadone Medical Maintenance: Treating Chronic Opioid Dependence in Private Medical Practice – A Summary Report (1983-1998), *Mont Sinai J of Med*, 2000; 67:388-397

⁷ Lewis D. and Bellis M., General practice or drug clinic for methadone maintenance? A controlled comparison of treatment outcomes, *International Journal of Drug Policy*, 2001; 12: 811-89

⁸ Fiellin D.A. and al., Methadone Maintenance in Primary Care: A Randomised Controlled Trial, *JAMA*, 2001; 286: 1724-1731

⁹ Gossop M. and al., Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research study, *British Journal of General Practice*, 1999; 49: 31-34

¹⁰ Robinson G.M. et Thornton N., Methadone in general practice, *New Zealand Medical Journal*, 1994; 107: 17-18

¹¹ Weinrich M. and Stuart M., Provision of Methadone Treatment in Primary Care Medical Practices. Review of the Scottish Experience and Implications for US Policy, *JAMA* 2000; 283: 1343-1348

¹² Langton D. and al., Methadone maintenance in general practice : impact on staff attitudes, *Ir J Med Sci*, 2000; 169: 133-136

¹³ Van Brussel G., Methadone Treatment by General Practitioners in Amsterdam, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1995; 72: 348-358

¹⁴ King M. and al., A controlled evaluation of small-group education of general practitioners in the management of drug users *British Journal of General Practice*, 1998; 48: 1159-21160

¹⁵ Ford C. and Ryrie I., A comprehensive package of support to facilitate the treatment of problem drug users in primary care: an evaluation of the training component, *International Journal of Drug Policy*, 2000; 11: 387-392

¹⁶ Wilson P and al, Methadone maintenance in general practice: patients, workload, and outcomes, *BMJ* 1994; 309: 641-644

¹⁷ Gray B., K. James, Methadone in general practice, *New Zealand Medical Journal*, 1994; 107: 112

¹⁸ Day E. and al., Misusers may receive methadone from drug centres and GPs simultaneously, *BMJ*, 1999; 318: 395-396

¹⁹ Cullen W. and al., Drug Users Attending General Practice in Eastern Regional Health Authority (ERHA) Area, *Irish Med J* 2000; 93:214-217

²⁰ Strang J. and Sheridan J., Methadone prescribing to opiate addicts by private doctors comparison with NHS practice in south east England, *Addiction*, 2001; 96: 567-576

²¹ Beaumont B., Survey of injectable methadone prescribing in general practice in England and Wales, *International Journal of Drug Policy*, 2001; 12: 91-101

²² Lindsay J.I., Methadone prescribing in general practice, *British Journal of general Practice*, 1999; 49: 145

²³ Langendam MW et coll. "Differentiation in Amsterdam methadone dispensing circuit ; determinants of methadone dosage and site of methadone prescription" *Addiction*, 1998; 93:61-72

TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉS À LA TOXICOMANIE

(Dr Alain MOREL, *Le Trait d'union*, Boulogne)

1^{ère} partie : Les troubles psychiatriques non spécifiques émaillant la trajectoire des toxicomanes

Les pathologies affectant la santé mentale des usagers de drogues sont de plus en plus étudiées mais n'en demeurent pas moins complexes dans la mesure où l'usage de toxiques et les troubles psychopathologiques interagissent et peuvent participer d'une concomitance fortuite ou d'interrelations causales. Drogues et psychopathologie « influencent réciproquement leurs manifestations et leurs évolutions en se succédant, s'intriquant et parfois se confondant » (Farges, 1998).

Néanmoins, il convient de distinguer d'une part les troubles mentaux non spécifiques les plus souvent observés dans la trajectoire des toxicomanes, d'autre part les complications psychiatriques directement liées à l'usage de drogues et, enfin, les pathologies de la personnalité que l'on peut considérer comme pré-existantes à la toxicomanie.

Il est nécessaire de savoir diagnostiquer cette co-morbidité car elle va influencer grandement la conduite thérapeutique. Il apparaît même que de ne traiter que la toxicomanie chez des personnes présentant parallèlement des troubles psychiatriques peut aggraver ceux-ci du fait de la fonction « auto-thérapeutique » que peut avoir le recours à des substances psychoactives. Il n'est pas rare en effet que la consommation de drogues constitue pour le sujet un moyen de tenter de contrôler des symptômes psychopathologiques sous-jacents (l'angoisse par les opiacés, l'inhibition par l'alcool ou les psychostimulants, la dépression par les amphétamines...).

La fréquence de la co-morbidité psychiatrique chez les sujets toxicomanes est considérée par tous les auteurs comme particulièrement élevée (de 70 à 90 % parmi ceux qui sont demandeurs de soins). Ils semblent, de plus, jouer un rôle dans le pronostic : un grand nombre d'études a montré que les groupes de patients toxicomanes ne présentant pas de pathologie psychiatrique sont ceux qui connaissent la meilleure amélioration sous traitement, quelle que soit la nature de celui-ci.

I - Les troubles psychiatriques non spécifiques émaillant la trajectoire des toxicomanes

Ce sont de loin les plus fréquents. Ils peuvent manifester une pathologie de la personnalité préexistante à la toxicomanie (cf. chapitre III), représenter des troubles réactionnels au mode de vie imposé par celle-ci ou être à l'intrication de ces deux sources de souffrance psychique.

1) Les troubles anxio-dépressifs

Les troubles de l'humeur, plus ou moins associés à des manifestations anxieuses, ont une incidence particulièrement élevée (entre 30 et 70 % selon les études). Des éléments comme l'anhédonie, l'aboulie, de graves troubles du sommeil, des raptus anxieux, des troubles du comportement paroxystiques (violence, agressivité) ou des troubles des conduites alimentaires sont particulièrement observés chez ces patients, mais également des idées de dévalorisation et de culpabilité ou la tristesse qui ne sont pas spécifiques aux personnes toxicomanes mais doivent faire évoquer le diagnostic de dépression. Leur évaluation clinique approfondie est indispensable. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter et différents aspects doivent être examinés.

1.1 Résurgences de traumatismes psychiques de l'enfance et de l'adolescence

Ils sont fréquemment retrouvés dans les antécédents parmi ces sujets toxicomanes, dépressifs et demandeurs de soins. Les maltraitances (40 % d'antécédents de viols ont été retrouvés dans des cohortes de jeunes filles toxicomanes en traitement - Brunelle, 1997), les abandons ou les deuils à répétition ainsi que les antécédents d'alcoolisme et de dépression chez les parents ont souvent été observés. Ce qui indique d'une part l'importance d'aborder ces problématiques douloureuses avec les patients et d'autre part l'intérêt de l'aide à apporter aux enfants et adolescents qui vivent ces traumatismes pour prévenir la survenue de pathologies telles que la toxicomanie et la dépression lors de leur entrée à l'âge adulte.

1.2 Toxicomanie et troubles bipolaires

Il s'agit plus fréquemment de troubles bipolaires de type II (épisodes dépressifs récurrents et phases hypomaniaques¹) que de type I (épisodes mélancoliques et maniaques). Mais dans ce dernier cas, la prévalence de l'abus de substances psychoactives durant toute la vie est plus élevée. Elle est également plus fréquente dans les troubles mixtes à cycle rapide (au moins quatre accès par an). Ces troubles bipolaires peuvent conduire à des consommations d'héroïne et de psychostimulants (cocaïne, crack ou ecstasy par exemple) en alternance. Leur suspicion nécessite une évaluation par un spécialiste et un traitement thymorégulateur (Tégréto[®], Lithium) sera éventuellement envisagé à condition de pouvoir être correctement conduit.

1.3 Troubles thymiques et sevrage

Le syndrome déficitaire post-sevrage est classiquement décrit : un ralentissement et une perte d'élan vital pouvant aller jusqu'à des idées suicidaires. Il débute pendant le sevrage physique ou juste après et peut durer plusieurs semaines. C'est une cause fréquente de rechute. Il nécessite la prescription d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, l'indication d'une hospitalisation pour effectuer le sevrage et la mise en place d'un suivi médico-psychologique à sa suite.

1.4 Troubles thymiques et traitement de substitution

Les traitements de substitution (Subutex[®] ou méthadone) n'induisent pas de symptomatologie dépressive, mais ils ne traitent pas non plus les dépressions endogènes sous-jacente. Au contraire, ils peuvent participer à l'émergence de troubles thymiques jusque là masqués par la consommation de drogues. C'est là l'un des intérêts du suivi régulier et durable de ce type de traitement car il permet de mieux repérer cette symptomatologie, de mieux l'évaluer, de

¹ Episodes d'excitation d'intensité moindre que l'accès maniaque typique.

surveiller l'apparition d'effets secondaires et de mettre en place une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique appropriée.

1.5 Modalités thérapeutiques

Elles sont guère différentes des modalités de traitement de toute dépression, associant psychothérapie (de soutien ou plus spécialisée) et pharmacothérapie.

Toutefois, plusieurs points doivent être soulignés :

- **la durée du traitement doit être suffisante** (4 semaines pour juger de l'efficacité et durée optimale de 6 mois en expliquant au patient les risques de récurrences surtout s'il interrompt lui-même le traitement),
- **le choix des antidépresseurs et des anxiolytiques doit être scrupuleux** (éviter systématiquement les antidépresseurs IMAO et ceux à effet amphétaminique - type Survector® - et les benzodiazépines d'action rapide ou à fortes posologies - type Rohypnol® ou Tranxène 50®) ; on s'orientera préférentiellement vers des antidépresseurs sérotoninergiques (Prozac®, Derogat®, Zoloft®...) ou des tricycliques plutôt sédatifs (Laroxyl®, Athymil®...),
- **La prudence dans les co-prescriptions**, en particulier de benzodiazépines à doses élevées avec le Subutex® ou la méthadone qui exposent à des risques d'intoxications graves (il est donc recommandé de limiter les posologies et d'éviter ces associations en cas de risque de mésusage).

2) Les troubles du sommeil

C'est l'une des plaintes les plus fréquemment exprimées. Ces troubles sont un facteur de surconsommations de psychotropes en tout genre (médicaments, cannabis, alcool) et de rechutes chez les sujets dépendants des opiacés.

L'examen clinique et l'agenda de sommeil sont les principaux outils d'exploration de ces troubles dont la gravité et les origines sont diverses. Ils peuvent en effet correspondre à :

- **un trouble induit par le mode de vie** qui accompagne souvent la toxicomanie (inactivité, désorganisation du rythme nyctéméral, solitude),
- **l'effet pharmacologique de certaines drogues** consommées parfois à l'insu du médecin (cannabis qui peut provoquer des attaques de panique, prises vespérales d'alcool, usages de psychostimulants),
- **un symptôme de manque**, notamment après des surconsommations de benzodiazépines et à distance de leur arrêt, ou au décours d'un sevrage des opiacés,
- **un trouble primitif du sommeil** sans lien direct avec la toxicomanie (on le retrouve alors dans les antécédents avant le début de la toxicomanie),
- **un signe d'appel d'une pathologie psychiatrique** (dépression, troubles anxieux, états psychotiques...).

Le traitement consistera d'abord, à chaque fois que cela est possible, à diminuer les facteurs en cause :

- amélioration de l'hygiène du sommeil,
- arrêt ou diminution des consommations de psychostimulants,
- programme spécifique de traitement des conduites d'alcoolisation,
- sevrage progressif des benzodiazépines,
- traitement d'une éventuelle affection causale.

La prescription temporaire d'un hypnotique peut être utile pour améliorer le confort du patient, mais il convient de choisir des médicaments de demi-vie longue ou de préférence les hypnotiques de nouvelle génération (Ivadal®, Stilnox®, Imovane®). Dans les cas où l'on doit viser une sédation importante, il sera possible de recourir à des neuroleptiques (type Tercian® ou Nozinan®). En tout état de cause, il convient d'éviter toute prescription de Rohypnol® et de prendre garde à des mésusages ou à des associations dangereuses (benzodiazépines – alcool - médicament de substitution en particulier).

Les traitements de substitution amènent souvent une amélioration des troubles du sommeil (dans les cas les plus sévères, la méthadone sera la plus indiquée). Au cas où ces troubles persistent, on se gardera d'entrer dans une escalade médicamenteuse et on fera appel à un spécialiste.

3) L'agressivité

Comme dans les cas précédents, les comportements agressifs ou violents de sujets toxicomanes peuvent avoir différentes causes et sont favorisés par divers facteurs qui, le plus souvent, se conjuguent.

- **Les troubles de la personnalité** : personnalité dite antisociale ou psychopathique qui comporte une forte instabilité et une intolérance à la frustration, mais aussi des personnalité de type schizophrénique ou paranoïaque chez lesquelles la symptomatologie délirante peut être masquée par les prises de drogues et se manifester essentiellement dans une pathologie du comportement.

- **Les effets induits par certaines substances**, notamment les psychostimulants, principalement la cocaïne, le crack et les amphétamines, auxquels s'ajoutent les effets paradoxaux de mésusages de benzodiazépines (dans ce cas, l'agitation est associée à un état confusionnel) et des associations avec l'alcool.

- **Un épisode d'angoisse aiguë ou de dépression** pouvant se traduire sur le plan clinique par des comportements paroxystiques, notamment lors d'un état de manque ou dans les suites d'un traumatisme psychique (conflit aigu avec l'entourage, deuil, agression...).

- **La désocialisation**, le mode de vie de la rue et l'habitude d'entrer facilement dans des rapports de force où la violence tend à devenir un moyen d'expression qui prend le pas sur la parole et la capacité à négocier.

- **Les attitudes contre-transférentielles des soignants** (refus de soulager, rejet ou, au contraire, rapports trop proches, absence de cadre structurant la relation thérapeutique) favorisent également les réactions d'angoisse et les passages à l'acte des patients.

Sur le plan thérapeutique, là aussi, les objectifs viseront autant que possible (c'est à dire en dehors des situations d'urgence) à intervenir sur les facteurs en cause.

- Parmi ceux-ci, celui qui est le plus directement dépendant de l'intervention des soignants concerne leurs propres attitudes ou contre-attitudes : offrir un cadre relationnel clair, dénué de rejet à priori mais basé au contraire sur la recherche d'une alliance avec le patient (qui n'est pas à confondre avec une complicité).

- Le diagnostic des troubles psychiques sous-jacents (angoisse, dépression, état psychotique aigu) orientera le traitement et permettra d'instaurer une thérapeutique médicamenteuse adaptée (neuroleptique sédatif, traitement antidépresseur, tranquillisant...).

- La prise en charge spécifique des problèmes de poly-consommation, notamment de stimulants, d'alcool et de benzodiazépines qui visera éventuellement un sevrage partiel afin de diminuer les risques liés aux associations.

- La resocialisation progressive qui sera facilitée par les traitements de substitution mais suppose alors une prise en charge psychosociale justifiant souvent des aides institutionnelles spécialisées.

Dans les situations d'urgence (qui sont beaucoup moins fréquentes depuis que les modalités d'aide aux toxicomanes se sont nettement élargies) on recourra à des moyens de sédation et de protection (du patient et de son entourage) qui n'ont rien de spécifique et vont du calmant en injection intramusculaire à l'hospitalisation sous contrainte (à la demande d'un tiers ou d'office) en hôpital spécialisé.

2^{ème} partie : Les complications psychiatriques directement liées à l'usage de drogue
et
les pathologies de la personnalité
au
prochain numéro

Bibliographie

- BOUCHEZ J. (1997), Toxicomanies et troubles de l'humeur : l'humeur vagabonde, *Act. Med. Int. - Psychiatrie* (14), N°199, pp. 3356-3357.
- CAER Y., ABBAR M. (1997), Toxicomanie et agressivité, *Act. Med. int. - Psychiatrie* (14), N°199, pp. 3380-3381.
- FARGES F. (1998), *Approche communautaire des toxicomanies*, Puf.
- MOREL A., FONTAINE B., HERVÉ F. (1997), *Soigner les toxicomanes*, Dunod.
- Pratiques en évolution* (1997), Fiche N° 4 : « prise en charge des troubles de l'humeur lors d'un traitement de substitution », édité et diffusé par le laboratoire Schering-Plough.
- TRIBOLET S., PARADAS C. (1993), *Guide pratique de psychiatrie*, Editions Heures de France.
- VIGNAU J. (1997), Traitements de substitution Troubles du sommeil, *Act. Med. Int. - Psychiatrie* (14), N°199, pp. 3402-3403.

Conduites addictives : clinique, pratiques de soins et concepts

*Pierre BODENEZ¹, Catherine MOUDEN², Catherine GUILLOT³,
Christine LEMAIRE⁴*

Service Intersectoriel "Alcool-Toxiques" - C.H.U. BREST

1 Psychiatre Hospitalier Chef de Service, 2 Psychiatre FF de Praticien Hospitalier

3 Médecin attaché, 4 Psychiatre Hospitalier

Texte présenté aux journées scientifiques de l'Association des Structures Publiques de Soins aux Toxicomanes qui se sont tenues à METZ les 21 et 22 mars 2002

L'intitulé de cette session est "conduites addictives : du concept aux pratiques de soins". Nous sommes quelque peu désolés, pas trop, mais nous allons vous proposer notre exposé en inversant le propos, c'est à dire de la clinique aux concepts en passant par les pratiques thérapeutiques.

Le service intersectoriel "Alcool - Toxiques" du C.H.U. de BREST comporte actuellement cinq unités fonctionnelles : le service d'hospitalisation - Lasègue, le Centre d'Alcoologie (C.C.A.A.), le Centre Accueil Drogue Information (accueil, appartements thérapeutiques, centre méthadone, CSST), le Centre Accueil Précarité (P.A.S.S.) et l'Unité d'Alcoologie de Liaison.

Ce service centré sur la prise en charge commune des patients étiquetés "alcooliques" et d'autres s'étiquetant "toxicomanes" - en particulier dans le service d'hospitalisation - est donc quelque peu atypique dans le paysage français des soins en alcoologie et toxicomanies.

C'est à partir de cette expérience que nous souhaitons interroger la possibilité d'une prise en charge commune, les difficultés et les intérêts d'une telle démarche.

Histoire de la prise en charge commune dans le service

Les différentes étapes :

Fin des années cinquante, création du "Service de rééducation des éthyliques légers", il s'agit d'un service issu du service de neuro-psychiatrie de l'époque. La dénomination de ce service ne peut, bien évidemment, que nous faire aujourd'hui sourire, tant sur les termes "rééducation" que "éthylique léger".

En 1981, après avoir rejoint l'hôpital psychiatrique qui s'est créé sur Brest entre 1995 et 1998, le service se modifie : introduction de la mixité du service, différenciation entre "sevrage" et "cure", mise en place d'un contrat de soins...

A la fin des années 80, admissions de patients toxicomanes.

Au début des années 90 le Centre ADI, jusqu'alors en gestion DDASS devient hospitalier. Il s'étoffe le centre d'accueil, puis se mettent en place des appartements thérapeutiques, et le centre méthadone.

Le CHAA, alors en gestion associative devient hospitalier. En 93, il est rattaché au service.

En juin 99, ouverture du Centre Accueil Précarité (PASS).

Fin 2001, mise en place de l'unité d'alcoologie de liaison.

Comment cette évolution

La prise en charge de patients toxicomanes dans un service d'alcoologie ne s'est pas décrétée, il y a maintenant plus d'une douzaine d'années, en suivant une argumentation théorique et/ou idéologique. Notre souci dans la mise en place d'une telle prise en charge a été de suivre au plus près la clinique et l'évolution de celle-ci.

Nous avons tout d'abord constaté qu'un certain nombre de patients admis pour dépendance alcoolique étaient des anciens héroïnomanes qui, le plus souvent, s'étaient sevrés sans faire appel à des structures de soins mais substituant le toxique héroïne par le toxique alcool. La seconde constatation était que de nombreux patients, admis là aussi pour des problèmes d'alcool, consommaient, y compris durant leur séjour hospitalier, abusivement du cannabis. Il faut bien le dire, dans un premier temps, nous avons négligé ce phénomène fermant les yeux sur les problèmes posés par cette consommation, ne fixant notre regard que sur les problèmes posés par leur relation à l'alcool. Cette attitude est rapidement apparue aberrante devant l'extension du phénomène polytoxicomaniaque dans les classes d'âge les plus jeunes. Il est certain qu'à l'heure actuelle, quasiment tous les patients de moins de trente cinq ans - voire plus - sont consommateurs problématiques de plusieurs produits ou ont consommé successivement diverses classes de produit.

Histoire en France

Nous n'allons pas reprendre ici l'histoire de la prise en charge des toxicomanes en France. Vous la connaissez bien. Nous voulons simplement rappeler les clivages entre approche sanitaire et socio-éducative se doublant d'une séparation entre les dispositifs alcool et les dispositifs toxicomanie. Ce clivage est renforcé, entériné, dans un processus autoréférentiel par la séparation des financements. A titre d'exemple, le CHU dispose d'un budget général hospitalier et de trois budgets annexes. Le service "Alcool-Toxiques", à lui seul, émarge à deux de ces budgets annexes - pour le Centre d'Alcoologie et le CSST - et pour les autres structures au budget général. Et ce, sans parler des budgets MILT. Les évaluations de l'activité sont demandées par les financeurs différents, s'intéressant à des items différents. Les patients, les infirmiers et les médecins passent bien évidemment d'une structure à l'autre.

L'accueil conjoint de patients toxicomanes et alcooliques en milieu hospitalier

Dans le service hospitalier, nous accueillons donc des patients alcooliques et toxicomanes pour sevrage et cure. Pour nous le sevrage correspond à une hospitalisation de cinq à dix jours, le but de l'hospitalisation est de franchir la phase de l'état de manque, temps aussi du bilan médical, mais aussi réflexion sur l'utilisation du produit. Le temps de "cure" est celui de la mise en place du traitement de la dépendance psychique, temps de travail sur la fonction du (des) produit(s) dans la vie du patient et des stratégies à mettre en place afin d'en avoir une utilisation non-pathologique. Ce temps de cure de trois semaines est proposé au patient à la suite de la phase de sevrage et se déroule dans le cadre d'un contrat de soins écrit. Les patients sont admis pour des problèmes de dépendance divers : dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines, aux opiacés, demande de sevrage aux produits de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage), patient sous traitement de substitution demandeur d'un sevrage à l'alcool ...

Quelles difficultés ?

Passer du traitement de la pathologie alcoolique aux addictions aux produits (hors tabac) a entraîné quelques difficultés. Nous voudrions ici en relever quelques-unes de deux types :

1 - dans la cohabitation entre "alcooliques" et "toxicomanes".

Les replis sur des identités de groupe étaient souvent fréquents dans les premières années "nous les toxico, vous les alcoolo" pouvant déclencher des réactions agressives ou d'opposition. Ces manifestations s'estompent avec le temps mais peuvent toujours apparaître. Parfois difficiles à gérer sur le plan institutionnel elles sont, aussi, nous le verrons, fécondes dans le travail thérapeutique. Ces réactions sont d'ailleurs, bien souvent, renforcées par des problèmes liés plus à l'âge, aux différences d'âge, qu'au mésusage de tel ou tel produit.

Pour quelques patients toxicomanes, la confrontation à des patients alcooliques a été impossible nous pensons aux patients ayant vécu dans le cadre familial des problèmes d'alcoolisation de l'un des parents et plus précisément à ceux qui ont subi dans l'enfance des violences d'un parent alcoolique. Le repérage de tels problèmes a nécessité l'élaboration de modalités de prise en charge thérapeutique différentes.

2 - dans la relation au patient, en particulier dans la phase de sevrage.

La période de sevrage des opiacés est sur le plan somatique moins difficile à gérer qu'un sevrage à l'alcool - l'état de manque à l'alcool - un delirium tremens - étant potentiellement à risque mortel. Il existe cependant une différence fondamentale dans la prise en charge au quotidien. L'état de manque à l'alcool est marqué par des signes objectifs (tremblements, sueurs, fièvre...) alors que l'état de manque aux opiacés se caractérise par la place première que prennent les signes subjectifs. L'aspect relationnel est donc au premier plan (encore plus) dans la prise en charge thérapeutique les patients se montrant plus demandeurs d'écoute ... et de médicaments tant antalgiques que psychotropes.

Quels intérêts ?

En ce qui concerne les intérêts, nous insisterons sur trois points :

1 - pour les patients

L'hospitalisation dans un même lieu, un cadre thérapeutique identique, permet de sortir des caricatures identitaires ou des identités caricaturales (identités prothétiques, pseudo personnalité ou personnalité masque). Pour les patients, la confrontation à d'autres histoires avec d'autres produits, des diversités d'histoires avec des produits divers, à la fois banalise - dans le sens où elle peut apparaître comme une expérience partageable par d'autres et donc expérience humaine - la question de leur dépendance et à la fois la singularise, histoire d'une relation singulière entre un sujet et son (ses) produit(s).

Ceci permet aussi de sortir de la question du produit ou en tout cas d'une relation causaliste linéaire de type l'alcool rend alcoolique ou la drogue crée le toxicomane et donc de réintroduire la question du psychisme.

2 - le second point concerne les modalités thérapeutiques :

Comment les compétences, les savoirs, accumulés par les structures alcooliques peuvent-ils être transférés dans la prise en charge des patients toxicomanes ?

et

comment les compétences, les savoirs, accumulés par les structures toxicomanies peuvent ils être transférés dans la prise en charge des patients alcooliques ? Il n'est pas inintéressant, à titre d'exemple, de voir la Société Française d'Alcoologie se poser la question de la réduction des risques pour les patients alcooliques.

3 - pour penser la question de la dépendance, des dépendances (c'est notre chapitre suivant)

Les discours théoriques autour des différences psychopathologiques

Si les financements ont été, sont, facteurs de clivage, les discours théoriques n'ont pas réellement favorisé un rapprochement entre les points de vue. Chacun des discours s'est construit en ignorant, en faisant rarement référence aux théorisations effectuées dans le champ voisin entre alcoolisme et toxicomanie. Nous allons donc essayer de faire des ponts en reprenant quelques aspects cliniques et psychopathologiques, voire thérapeutiques - il ne nous sera bien évidemment pas possible de développer chaque point, il s'agira plus de têtes de chapitre.

Reprenons différents points considérés habituellement comme antagoniques (plus ou moins antagoniques) entre alcoolisme et toxicomanie :

Personnalité : sur cette question - existe-t-il une personnalité alcoolique et/ou une personnalité toxicomane - nous retrouvons à dire vrai le même débat. Si Gibier parle de pseudo-personnalité, nous nous référons quant à nous à l'étymologie de ce terme. Personnalité vient de persona et selon le GAFFIOT "persona" c'est :

- 1 : masque de l'acteur
- 2 : rôle, caractère (dans une pièce de théâtre)
- 3 : (fig.) rôle, caractère, personnage (tenir un rôle)
- 4 : caractère, individualité, personnalité.

Identité prothétique : dans une première approche nous pourrions penser que cette histoire d'identité se joue différemment chez l'alcoolique et le toxicomane. Un dit "je suis toxico" l'autre dit rarement "je suis alcoolique" et si dans une réunion une personne se lève en disant "je m'appelle Pierre et je suis alcoolique" vous savez très bien qu'il s'agit d'un alcoolique anonyme (c'est d'ailleurs étonnant cette histoire d'anonymat alcooliques anonymes, boulimiques anonymes, hospitalisation sous x, accueil anonyme) nous disions un alcoolique anonyme c'est-à-dire un buveur d'eau. Donc, différence entre l'alcoolique et le toxicomane. Mais cela demande à y voir de plus près. Nous savons en effet que les alcooliques, en tout cas les hommes alcooliques, et ce quelle que soit la structure ou la symptomatologie sous-jacente, préfèrent se faire hospitaliser dans un service d'alcoologie qu'en psychiatrie. Du coup, en faisant ce rapprochement nous nous demandions si cette question de l'identité prothétique se jouait de la même façon chez l'homme et la femme toxicomane, nous avons tendance à penser que non, si la constatation est plutôt non, peut-être que cela nous permet de poursuivre notre élaboration.

Autour de cette question du discours du patient dépendant, vous savez qu'il est fréquemment décrit un discours de groupe et en particulier chez l'alcoolique. Nous sommes de plus en plus frappés par ce même type de fonctionnement chez les patients toxicomanes. Discours marqué par le "on", par le "nous". Discours de groupe effaçant, masquant, le "je", la singularité du sujet.

De même sur la question de la transgression, il a souvent été considéré qu'il y avait une différence fondamentale entre alcoolisme et toxicomanie. Le toxicomane transgresse, l'alcoolique boit "comme tout le monde". Sans reprendre la question de la transgression, de la pertinence de ce terme et de la question de l'articulation de ce terme transgression et structures diverses, il nous semble qu'il y a bien un malentendu sur l'usage de produits psychoactifs et qu'il est bien évident que si la transgression a à voir avec la Loi, elle n'a pas grand chose, pas tant que ça, à voir avec la loi pénale. Cette question de la transgression est à articuler avec la question de la Loi - se déclinant en règles - familiale. Ce n'est pas l'utilisation de produits illicites - pas uniquement la question de l'illicéité - qui fait la transgression.

Ceci nous amène à la question de la répétition transgénérationnelle. Simplement à constater, à repérer, non plus un alcoolisme se répétant de père en fils à travers les générations, mais la fréquence (sans doute plus particulièrement dans notre région) d'une répétition d'un¹⁵

alcoolisme à la première génération vers une (poly)toxicomanie à la seconde. Dans notre population étiquetée toxicomane, nous retrouvons 80% d'antécédents familiaux d'alcoolisme ou de rapports problématiques avec l'alcool.

Sur le plan clinique, nous pourrions évoquer en terme de similitude tant la fréquence des problèmes de sévices sexuels dans l'enfance, "des histoires plus qu'une histoire", la question du symptôme acte - une "a-diction" (pour reprendre le terme utilisé par Nestor Braunstein in "La jouissance, un concept lacanien", la question de la défonce plus que du plaisir - la suspension de la pensée ("comment ne pas penser ?").

Sur le plan du fonctionnement psychique, la problématique binaire en tout ou rien, en noir et blanc (black and white de l'alcoolique - high and down du toxico) voire la question du stade du miroir (Olievenstein - miroir brisé, Lasselin - miroir liquide, Maisondieu - miroir fendu).

Sur le plan thérapeutique, la même question revient qui est celle de l'abstinence. Question radicalement modifiée par non seulement la réalité des polytoxicomanies mais le regard porté sur la pathologie à travers le prisme de l'addiction. Il est bien évident que ici par exemple est à réintroduire la question du tabac puisque plus de 80 % des alcooliques sont tabagiques et que 60 % d'entre eux décéderont d'un problème lié à leur tabagisme.

En conclusion

Des différences aux similitudes

Nous l'avons déjà dit, les évolutions se font devant l'évolution de la clinique, le passage d'une toxicomanie à un produit aux polytoxicomanies. Les centres d'alcoologie et/ou de postcures alcool sont confrontés à l'usage, l'abus, la dépendance à d'autres produits licites (médicaments psychotropes) ou illicites, les centres de soins aux toxicomanes (par exemple centres méthadone) sont confrontés à l'usage abusif d'alcool voire à la dépendance alcoolique.

Il est sans doute nécessaire de repérer un autre type d'évolution qui est celle de la clinique du toxicomane : du toxicomane "héroïque" transgressif au discours "antisocial", au toxicomane au discours "je m'intoxique pour être normal".

La question qui se pose apparaît comme étant bien plus celle du rapport au(x) produit(s), de la fonction de celui-ci (de ceux-ci) dans son interaction avec le psychisme du patient plus que le produit lui-même dans son action pharmacologique spécifique.

Evolution des discours officiels

Cette évolution de la clinique s'est traduite dans les différents rapports officiels de ces toutes dernières années : rapport Roques, Rapport Reynaud-Parquet, Plan triennal de la MILDT, et par une incitation au rapprochement des structures. L'évolution des financements est par contre actuellement nettement moins visible - en particulier dans le champ sanitaire.

Reste que rapprochement des structures ne doit pas signifier fusion et con-fusion, ne doit pas signifier non-respect de l'histoire et des spécificités de chaque structure.

Responsable de la rédaction : Mustapha BENSLIMANE

Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.