

# ATTITUDES THERAPEUTIQUES EN ADDICTOLOGIE



*Pr Jean-Luc VENISSE  
Service d'Addictologie  
C.H.U. Nantes*



## Évolution des idées Grands repères actuels

- La distinction produits licites/illicites relativisée en terme de toxicité/dangerosité
  - ❖ Position du Comité National d'Ethique 1994
  - ❖ Rapport Roques 1997



CLASSIFICATION PROPOSEE PAR LE RAPPORT ROQUES

	Héroïne	Cocaïne	MDMA (ectasy)	Psycho-stimulants	Alcool	Benzo-diazépine	Cannabioïdes	Tabac
Suractivation dopaminergique	+++	++++	+++	++++	+	+	+	+
Etablissement d'une hypersensibilité à la dopamine	++	+++	?	+++	+	?	+	?
Activation du système opioïde	+++	++	?	+	++	+	+	+
Dépendance physique	Très forte	faible	Très faible	faible	Très forte	moyenne	faible	Forte
Dépendance Psychique	Très forte	Forte mais intermittente	?	moyenne	Très forte	forte	faible	Forte
Neurotoxicité	faible	forte	Très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	Forte *	forte	Éventuellement très forte	forte	forte	Très faible	Très faible	Très forte (cancer)
Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	Faible (?)	Faible (exceptions possibles)	forte	Faible **	faible	0
Traitement substitutifs ou autres existants	oui	oui	non	non	oui	Non recherché	Non recherché	Oui

• Pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

\*\* sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de « soumission » ou « d'auto soumission », où la dangerosité devient alors très forte



**La Politique de Réduction des Risques (RDR) s'est développée à partir du risque infectieux dans les toxicomanies aux opiacés (VIH, VHC) et avec l'introduction des traitements de substitution (Méthadone et BHD – Subutex)**



Plus largement avec le Plan Gouvernemental 1999 - 2002 impulsé par la Mildt (N. Maestraci) et relayé par le Plan Addictions 2007 - 2012, sortie d'un fonctionnement manichéen, selon lequel :

- ❖ hors la dépendance avérée → pas de problème
- ❖ sans abstinence → pas de soin possible



Un décalage des produits vers les comportements, de consommation (et au delà les comportements addictifs sans conso de produits) s'est opéré

définissant différentes modalités d'usage

- ❖ usage **SIMPLE**
- A RISQUE**
- NOCIF**
- AVEC DEPENDANCE**



## L'usage

Consommations de substances psychoactives  
n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages  
ne relevant pas d'une problématique pathologique

Substance illicite ≠ critère de pathologie

*Sources DSMIV – CIM 10*

- Non consommation
- Consommation socialement réglée
- Consommation à risque :
- Risques potentiellement aigus
  - Conduite auto, machines-outils
  - Tâches nécessitant une coordination psychomotrice
  - Sujets présentant des troubles du comportement
  - Grossesse
- Risque peut être statistique sur le long terme



# Les usages à risque



Trop, c'est quand ?

Situations à risques

- ✓ conduite automobile
- ✓ grossesse
- ✓ prise de médicaments psychotropes

Trop, c'est comment ?

Modalités de consommation à risque

- ✓ la précocité
- ✓ la consommation à visée autothérapeutique
- ✓ le cumul des consommations
- ✓ les conduites d'excès dont l'ivresse
- ✓ la répétition des consommations à risques

**Inquiétudes de l'entourage**

Trop, c'est combien ?

Seuils d'information et d'intervention

	Alcool	Tabac	Cannabis	Autres produits	Cocaïne	Héroïne
Seuil d'information	> 21 verres d' > 14 verres ?	Toute consommation	Toute consommation	Toute consommation	/	/
Seuil d'intervention	> 35 verres d' > 21 verres ? > 5 verres par occasion	> 10 cigarettes/j	• Consommation quotidienne • Ivresse cannabique > 4 joints	En fonction des modalités de consommation	Toute consommation	Toute consommation
Toute consommation avant 15 ans						

et la dépendance

Capitales pour le diagnostic



**L'abus (DSM)  
ou l'usage nocif (CIM)  
de substances psychoactives**

- **Consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux**
  - ❖ **soit pour le sujet lui-même**
  - ❖ **soit pour son environnement proche**
  - ❖ **soit à distance, les autres, la société**

Sources DSMIV – CIM 10

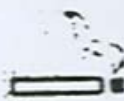
Caractère pathologique de cette consommation défini à la fois par

- la répétition de la consommation
- la constatation de dommages induits





## L'Abus selon le DSM IV



Cannabis



1) Avez-vous été à plusieurs reprises **ivre ou intoxiqué(e)** par des drogues (nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée) ou « **défoncé(e)** » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison? Cela a-t-il posé des problèmes ?

2) Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool ou de drogues dans une situation où cela était **physiquement risqué** comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

3) Avez-vous eu des **problèmes légaux** parce que vous aviez bu ou pris des drogues comme une interpellation ou une condamnation ?

4) Avez-vous continué à boire ou à prendre des drogues tout en sachant que cela entraînait des **problèmes avec votre famille ou votre entourage?**

*Une réponse positive (ou plus) à ces questions est évocatrice d'une consommation nocive*



## La dépendance

- **Dépendance psychique ou « craving » :**
  - dysfonctionnement durable des systèmes dopaminergique, mésolimbique et opioïde
- **Dépendance physique ou syndrome de sevrage**
  - liée au dysfonctionnement d'autres systèmes neurobiologiques

➤ «L'impossibilité de s'abstenir de consommer »

- ❖ existence d'une tolérance
- ❖ existence d'un syndrome de sevrage

*Sources DSMIV – CIM 10*



En pratique , dans les services et en garde, la prise en compte des dommages avant le stade de la dépendance est fondamentale en terme de repérage précoce.

Moment privilégié d'un passage aux Urgences, même bref (IAA, Toxicomane...) pour une information sur les risques : conseil minimal et son impact





Il a été montré qu'une intervention brève diminue la consommation d'alcool pendant plusieurs années chez des buveurs à risque non demandeurs de soins

cf MOYER et al – ADDICTION 2002,97,279-92

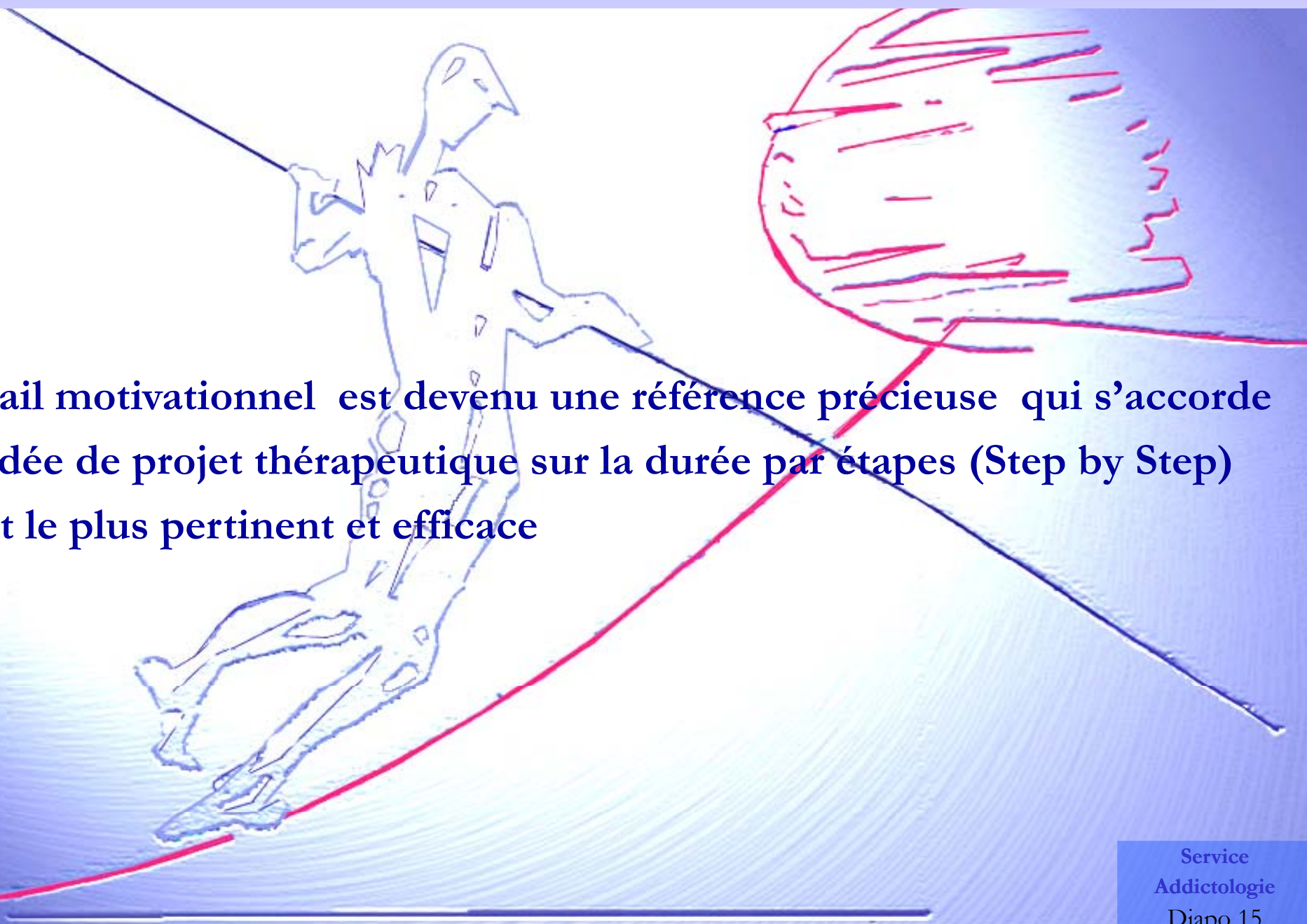
FLEMING et al – ALCOHOL CLIN, EXP RES 2002,26,36-43



**La réduction des risques impose**

- **de proposer une aide à un patient addictif même si celui-ci n'envisage nullement l'abstinence**
- **de poursuivre un traitement de substitution entamé avant l'arrivée à l'hôpital (à voir pour prescription avec PH titulaire)**

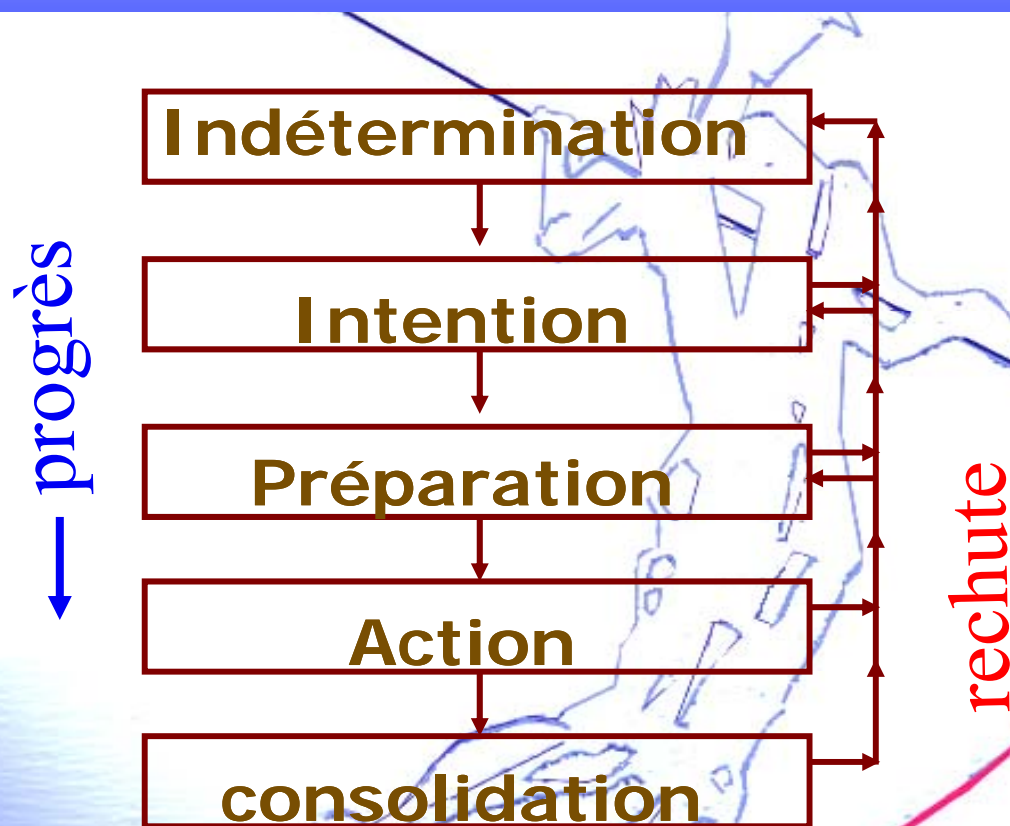




**Le travail motivationnel est devenu une référence précieuse qui s'accorde avec l'idée de projet thérapeutique sur la durée par étapes (Step by Step) souvent le plus pertinent et efficace**



## L'entretien motivationnel



*Les stades de changement selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente*

### Origine et fondements

L'entretien motivationnel, développé dans les années 1980 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick, plus qu'une technique est un style relationnel.

James Prochaska et Carlo DiClemente, ont développé le modèle transthéorique de changement, décrivant le parcours motivationnel des sujets souffrant de conduites addictives.



## l'entretien motivationnel :

### les six stades

- ❖ Au stade de l'indétermination, le sujet n'a pas conscience de l'existence d'un problème
- ❖ Au stade d'intention le sujet reconnaît l'existence d'un problème mais repousse l'idée d'un changement
- ❖ Au stade de préparation le sujet commence à planifier un changement
- ❖ Au stade d'action le sujet met effectivement en œuvre le changement
- ❖ le stade de consolidation caractérise le travail de prévention de la rechute
- ❖ Le stade de la rechute ramène le sujet vers un stade antérieur, le plus souvent celui d'intention

Selon ce modèle le thérapeute doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve le patient.



l'entretien motivationnel :

## Résistance et motivation au changement

La résistance au changement n'est pas  
une caractéristique intrinsèque au patient.

Elle est plutôt le produit d'interactions successives

entre celui-ci

et ses proches

ou son thérapeute



## l'entretien motivationnel :

### Les objectifs de l'entretien motivationnel.

#### ❖ Amener un patient à mettre en œuvre et maintenir un changement de comportement

#### Le thérapeute va adopter des objectifs intermédiaires

- ✓ **Au stade d'indétermination,**
  - ❑ Faire percevoir les risques et les problèmes
  - ❑ Faire apparaître un doute
- ✓ **Au stade d'intention**
  - ❑ Explorer l'ambivalence
  - ❑ Augmenter la confiance de la personne en sa capacité à changer de comportement
- ✓ **Au stade de préparation**
  - ❑ Proposer un choix de stratégies de changement
- ✓ **Au stade d'action**
  - ❑ Accompagner le patient dans les processus de changement
- ✓ **Au stade de consolidation**
  - ❑ Proposer des stratégies de prévention de la rechute
- ✓ **Au stade de la rechute**
  - ❑ Dédramatiser la situation



l'entretien motivationnel :

Les principes des interventions motivationnelles.

- ❖ Manifester de l'empathie
- ❖ Mettre le doigt sur les contradictions
- ❖ Éviter l'affrontement
- ❖ Ne pas forcer la résistance
- ❖ Renforcer le sentiment de liberté et de choix
- ❖ Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle



l'entretien motivationnel :

Les pièges motivationnels induisent facilement des résistances

- ❖ Le piège des questions/réponses, avec une succession de questions fermées
- ❖ Le piège de la confrontation
- ❖ Le piège de l'expert
- ❖ Le piège de l'étiquette diagnostique
- ❖ Le piège de la focalisation d'emblée sur le problème
- ❖ Le piège du jugement



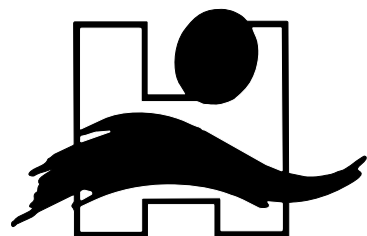
l'entretien motivationnel :

Les principales stratégies de l'entretien motivationnel permettent de pousser le patient vers

- ✓ la prise de conscience du problème et
- ✓ la décision de changement.

- ❖ Utiliser autant que possible des questions ouvertes
- l'écoute en écho : reformulation du discours
- ❖ Inciter les déclarations motivationnelles, par des questions ouvertes
- ❖ Résumer





**C.H.U. de NANTES**

**Service d'Addictologie  
Espace BARBARA  
9 bis rue Bouillé  
44000 Nantes cedex**

