

L'addiction chez les jeunes: Comment l'éviter?

Jacques Besson, Lausanne¹

Introduction

Pourquoi les jeunes prennent-ils des drogues? Pour se sentir bien? Pour se sentir mieux?

La modernité est très dure pour nos contemporains, la société de consommation propose un idéal inaccessible pour la plupart. Cette réalité déprimante peut provoquer des réactions de révolte: il faut consommer, consommons!

Cette réalité entre dépression et addictions concerne nos patients et notamment les jeunes, obligeant les médecins à améliorer leurs connaissances sur les substances psycho-actives, leur type d'usage ainsi que sur les addictions sans substance, dites addictions comportementales, comme le jeu excessif ou les achats compulsifs. Les médecins devraient aussi réviser leurs connaissances sur les neurosciences de l'addiction, car les interactions entre le cerveau et les drogues sont de mieux en mieux connues. Tout cela devra permettre la constitution d'une nouvelle compétence pour les médecins, l'addictologie du praticien, objet du présent article de formation continue.

Commençons par quelques définitions:

- **Addiction:** du latin *addictum*, ayant fait retour par l'anglais au français, ce concept renvoie à l'esclavage par le corps, comme pour les serfs du Moyen-Age qui ne pouvaient plus payer leurs dettes. Il désigne donc le mécanisme général de comportements de recherche et d'autoadministration.
- **Dépendance:** Trouble le plus grave, avec symptômes psychobiologiques comme par exemple signes de sevrage si on diminue les doses et de tolérance si on les augmente.
- **Abus:** problèmes avérés parce que le patient consomme trop et trop vite lors des occasions de consommation.

- **Consommation à risque:** ici le problème est potentiel, comme dans la conduite automobile ou dans la grossesse. L'utilisation nocive pour la santé (CIM 10, OMS) entre aussi dans cette catégorie, avec la toxicité liée aux doses cumulées.
- **Consommation récréative:** du point de vue purement addictologique, cette catégorie existe pour toutes les substances. On peut penser ici à la courbe en «J» du risque de la consommation d'alcool où des faibles doses s'avèrent même favorables à la santé (pour le risque cardio-vasculaire).

Un cas clinique

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, qui se présente comme «informaticien». Il vient vous demander des benzodiazépines pour un trouble du sommeil. Il rapporte une fatigue, un stress, vous suspectez une dépression derrière ses troubles de la concentration. A l'anamnèse systématique vous découvrez une consommation de cannabis tous les soirs et que votre patient est un joueur «accro» à WOW (World of Warcraft, un jeu vidéo en ligne). Vous vous demandez quel est le rôle du cannabis? Y a-t-il d'autres substances à rechercher? Qu'est-ce qui est primaire et qu'est-ce qui est secondaire? Comment investiguer? Quelle prise en charge offrir?

Le jugement moral

Historiquement, les addictions ont toujours été vues comme relevant du vice, de la mauvaise volonté et de la paresse. Les substances psycho-actives quant à elles ont régulièrement été soit diabolisées, soit banalisées. Les patients addictifs, vécus comme difficiles, ont été traditionnellement délégués au monde social, provoquant des clivages du réseau. Cette idéologisation a provoqué depuis longtemps une importante discordance entre l'offre et les besoins. Ces patients pauvres ont entretenu une médecine pauvre.

Le jugement clinique

Aujourd'hui pourtant nous avons les moyens de comprendre les addictions comme des maladies paradigmatiques de la modernité: maladies complexes, au carrefour psychosomatique et psychosocial. Les addictions expriment les vulnérabilités des sujets tant au niveau biologique que psychologique ou social. L'addictologie affirme aujourd'hui ses fondements scientifiques: biologie moléculaire, génomique, imagerie cérébrale, expérimentation animale, épidémiologie clinique, traitements «evidence based» et sciences humaines sont au rendez-vous. Nous pouvons dès lors faire de la bonne médecine: synthèse des connaissances, appui fort sur la clinique, médecine centrée sur les besoins des patients, en sont autant de garanties.

Les substances psycho-actives

Si l'on retourne quelques instants sur les bancs de l'école de médecine, il nous faut rafraîchir nos notions sur les substances psycho-actives. En addictologie il est convenu de les rassembler en trois groupes:

- **Les psycholeptiques** ou dépresseurs du système nerveux central. Ce groupe comprend l'alcool, les benzodiazépines, les barbituriques et autres hypnotiques, le GHB («drogue du violeur») et les opiacés (codéine, morphine, héroïne, opiacés de synthèse). Tous les psycholeptiques ont comme point commun leur pouvoir sédatif dose-dépendant jusqu'à l'arrêt respiratoire en cas de surdose. L'effet recherché est généralement anxiolytique.
- **Les psychoanaleptiques** ou stimulants du système nerveux central. Ce groupe comprend la caféine, la nicotine, les amphétamines et leurs dérivés et finalement la cocaïne. Tous les psychoanaleptiques ont comme point commun leur pouvoir excitant tant somatique (risque d'infarctus et d'ictus, de convulsions, etc.) que psychiatrique (irritabilité, excitation sexuelle, sentiment de puissance, agressivité, paranoïa), tous ces effets étant également dose-dépendants et fonction de chaque substance stimulante considérée.
- **Les psychodysleptiques** ou perturbateurs du système nerveux central. Ce groupe comprend le cannabis, les solvants, la mescaline, le LSD et la

¹ Conférence donnée au Congrès du praticien Quadrimed le 25 janvier 2007

phencyclidine («Angel dust»). Tous les psychodysléptiques ont en commun leur pouvoir dose-dépendant de provoquer des troubles de la perception, des troubles dissociatifs et des troubles d'allure psychotique. Ceci est notamment vrai pour le cannabis qui peut avoir un effet sédatif à faible dose mais qui est recherché pour son effet dissociatif («déconnexion») dès qu'on augmente les doses, ce qui arrive souvent même à l'insu des consommateurs, vu la teneur élevée en THC du cannabis à disposition actuellement sur le marché (illégal).

Le type d'usage

Nous avons vu dans l'introduction les définitions des différents degrés des problèmes liés à la consommation des substances. Il reste à voir la pyramide des types de consommation pour chaque substance dans la population générale.

Pour l'alcool: 5 - 7% de la population générale présente de sévères problèmes (dépendance) et nécessitent un traitement spécialisé. 20% environ de la population générale présente une consommation abusive ou à risque, ceux-ci auraient besoin de campagnes de détection précoce et d'intervention brève. Le reste de la population ne présente pas de risque, soit parce qu'elle consomme uniquement récréativement ou est abstinente. Elle peut bénéficier de prévention primaire («Un verre ça va, etc.»).

Pour les autres drogues et notamment le cannabis il est nettement plus difficile d'obtenir ce genre de données épidémiologiques, ceci étant lié au caractère illégal des consommations.

Une difficulté supplémentaire est liée au fait qu'aujourd'hui les personnes addictives consomment dans la majorité des cas plusieurs substances psycho-actives, à divers degrés de gravité de la consommation. On peut être dépendant de l'alcool et du cannabis et abuser de cocaïne par exemple.

Un peu de neurobiologie

Pour mieux comprendre la variabilité interindividuelle de la vulnérabilité aux addictions, nous bénéficions aujourd'hui des neurosciences de l'addiction. Ce sont particulièrement les modèles animaux qui ont fait avancer à grands pas nos connaissances des structures cérébrales impliquées dans les

mécanismes d'envie, de renforcement positif ou négatif, de mémoire addictive, de mécanisme d'alarme ou d'automatisation. Chez l'homme, ce sont les progrès en imagerie cérébrale qui ont permis de corroborer les études chez l'animal (RMN, PET-Scan, etc.) en visualisant l'activité des structures impliquées (nucleus accumbens, amygdale, hippocampe, cortex préfrontal, etc.).

Au niveau cellulaire, l'action des substances psycho-actives est de mieux en mieux comprise, tant au niveau de la neurotransmission (dopamine) que de la plasticité neuronale (induction de l'expression des gènes). Ces travaux laissent entrevoir une grande hétérogénéité génétique de la population générale, expliquant en tout cas partiellement certaines vulnérabilités individuelles (dopaminergie, glutamatergie).

Role du praticien

Et le praticien dans tout ça? Son rôle est central. En effet, sa capacité d'accueil et de neutralité en fait une première ligne tout à fait adéquate pour ce type de problématique dans la population. Sa capacité de porter un diagnostic multidimensionnel, sa connaissance du réseau régional lui permettent de définir un niveau de soins adapté au patient et de définir des objectifs thérapeutiques raisonnables. Pour ce faire, il peut établir un contrat avec le patient, d'une durée définie, avec des évaluations périodiques.

Pour l'aider dans ce sens, nos services ont créé un instrument didactique permettant de ne rien oublier dans l'investigation à différents niveaux logiques. Cet instrument pédagogique, le Rapid Addiction Profile (RAP) est un questionnaire à remplir par le thérapeute, comprenant les 5 dimensions les plus pertinentes pour organiser une prise en charge. Ce document d'une page fait partie du dossier et permet de monitorer l'approche globale de la prise en charge.

Le rapid addiction profile

(voir annexe)

Ce questionnaire d'une page, «papier et crayon», passe en revue les 5 dimensions suivantes:

Dimension somatique: il n'est pas rare que le médecin oublie de faire de la médecine face à un patient addictif. Pourtant les aspects somatiques ne manquent pas au

médecin de l'addiction: problèmes d'abcès et de maladies infectieuses, problèmes cardio-vasculaires, neurologiques, etc. Les implications du diagnostic somatique sont importantes pour l'ensemble de la prise en charge: fonction hépatique, atteintes psycho-organiques par exemple sont autant de variables à prendre en compte.

Dimension psychiatrique: les addictions s'accompagnent fréquemment de troubles psychiatriques, primaires, secondaires ou circulaires. L'association avec la dépression, l'anxiété ou les troubles de la personnalité est particulièrement fréquente. Une comorbidité psychiatrique doit être identifiée et traitée dans une prise en charge intégrée, sinon des clivages vont apparaître et être source de rechute tant dans l'addiction que dans le trouble psychiatrique. Un traitement intégré aura pour avantage de choisir des agents psychopharmacologiques adaptés pour les doubles diagnostics. Par exemple, les neuroleptiques atypiques sont particulièrement indiqués dans les comorbidités entre addiction et psychose, car ils épargnent le récepteur D2 (dopamine de la récompense). En cas de traitement de substitution, une attention particulière sera portée aux interactions médicamenteuses.

Dimension motivationnelle: la motivation est un facteur limitant pour l'ensemble de la prise en charge. Pour faire face aux différentes résistances et au déni, les techniques de l'entretien motivationnel ont une base scientifique et une efficacité reconnue. L'évaluation du stade de préparation au changement permet de choisir un niveau de soins et des propositions thérapeutiques qui aient des chances de succès, et qui à leur tour viendront renforcer la motivation. L'approche motivationnelle accompagne l'ensemble du traitement des addictions, de manière transthéorique et interdisciplinaire. Les patients en sortent renforcés par une meilleure capacité à prendre des décisions qui leur soient favorables et améliorent leur autonomie. C'est le concept «d'empowerment» qui contribue à leur rétablissement et à leur réinsertion dans la communauté.

Dimension crise: Les patients consultent toujours à un moment significatif pour eux, généralement dans un contexte qui menace leur fragile équilibre. Souvent ils reçoivent des pressions de leur conjoint, de leur fa-

mille, de leur employeur ou de la Justice. La pression sociale offre alors un levier pour l'approche motivationnelle dans le cadre d'une réponse thérapeutique qui permette d'entrer en soins pour le patient. En répondant à la demande du patient, on peut élargir l'offre de traitement, en s'appuyant sur l'alliance thérapeutique. La crise aura alors permis une issue positive au problème initial. Le diagnostic de crise permet d'organiser les priorités de la prise en charge en répondant aux attentes du patient.

Dimension ressources: L'inventaire des ressources latentes doit être fait, pour disposer du plus de points d'appui possibles. Cet inventaire inclut les ressources socio-culturelles et même spirituelles, car la question du sens de la vie est très souvent présente dans les addictions.

L'interprétation des scores du RAP est simple: pour chaque dimension, un score de 1 indique qu'il n'y a rien de particulier à faire; un score de 2 implique une investigation; un score de 3 manifeste une comorbidité qui nécessite un traitement; un score de 4 signale une urgence, une intervention de crise ou une hospitalisation nécessaire. On obtient alors un profil de l'addiction à 5 dimensions qui permet de dégager les priorités du traitement, sans rien oublier.

Pour le clinicien c'est un instrument intégrateur, qui crée des liens entre des éléments apparemment disparates. Chez les jeunes il est utile de relier santé, motivation et intérêt pour les troubles psychiques, tout cela en se préoccupant du contexte et des ressources.

Conclusion

Chez les jeunes, les addictions sont fréquentes. Elles sont emblématiques de pathologies de la modernité, psychosomatiques et psychosociales. Leur diagnostic est nécessairement multidimensionnel, notamment à la recherche de comorbidités psychiatriques sous-jacentes. L'approche motivationnelle consolide le traitement, en valorisant l'effort du patient à trouver des alternatives à ses addictions pour mieux vivre sa vie.

Références

- 1) Collège romand de médecine de l'addiction: «Toxicodépendance: problèmes somatiques courants» Ed. Méd. & Hyg., Genève, 2003; Trad. en allemand:

«Drogenabhängigkeit: Gelaüfige somatische Probleme» Ed. Karger, Basel, 2005

- 2) Collège romand de médecine de l'addiction: «Toxicodépendance: problèmes psychiatriques courants» Ed. Méd. & Hyg., Genève, 2005; Trad. en allemand: «Drogenabhängigkeit: Gelaüfige psychiatrische Probleme» Ed. Karger, Basel, 2007
- 3) Reynaud M.: «Traité d'addictologie» Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2006.
- 4) Uchtenhagen A., Zieglsberger W. «Suchtmedizin» Urban und Fischer Verlag, München, 2000.

Liens:

- www.ssam.ch
- www.infoset.ch

Correspondance:

Prof. Jacques Besson,
Chef du Service de psychiatrie
communautaire du CHUV,
Université de Lausanne
1011 Lausanne-CHUV
jacques.besson@chuv.ch

Le questionnaire RAP (Rapid Addiction Profile)

Présentation

La population alcoolo- et toxicodépendante est très hétérogène. Elle présente une grande diversité de problèmes médico-psycho-sociaux à des degrés d'intensité variable, rendant l'investigation difficile chez des patients plus ou moins motivés et à différents degrés de crise.

Il existe plusieurs instruments de mesure de l'addiction, mais ils contiennent rarement toutes les dimensions pertinentes, notamment de manière transthéorique (p.ex. motivationnel et systémique). De plus, il s'agit d'instruments de recherche nécessitant une formation et prenant du temps.

C'est pourquoi nous avons développé ce profil multidimensionnel de l'addiction, destiné à faciliter l'investigation et l'évaluation clinique des intervenants de terrain, notamment des médecins de premier recours. Ce profil tente de faire succinctement la synthèse des différentes approches (somatique, psychiatrique, motivationnelle, crise, ressources) utiles à un traitement en réseau multidisciplinaire. Le profil permet aussi de définir des priorités dans la prise en soins.

Comment répondre?

Les questions portent sur l'évaluation de la gravité des problèmes de votre patient dans cinq dimensions. Pour répondre à ces questions, il faut utiliser les scores permettant de coder chaque dimension en quatre degrés de gravité. Les descriptions cliniques sont données à titre d'exemple, choisissez le degré de

gravité qui se rapproche le plus de votre patient. 1=pas de problème, 2=quelques problèmes, 3=sérieux problème, 4=problème majeur.

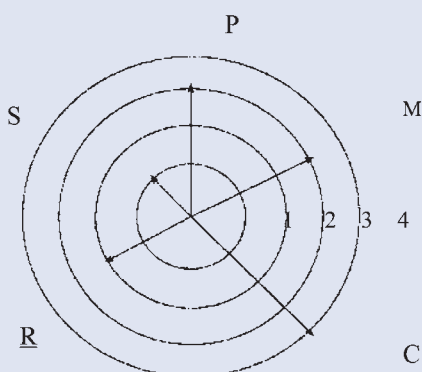
Exemples

Somatique

Un polytoxicomane avec une sérologie positive pour l'hépatite C ne sera codé «3» que si l'hépatite est symptomatique ou implique une limitation du fonctionnement du patient.

Psychiatrique

La plupart des patients addictifs présentant un trouble de la personnalité, on code «2» si ce trouble est présent; on code «3» si une symptomatologie manifeste se surajoute (trouble anxieux, trouble dépressif); on code «4» si la même situation se complique d'un risque suicidaire.



LE QUESTIONNAIRE RAP (Rapid Addiction Profile)

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____
 Sexe: _____
 Date passation: _____ Interviewer: _____

I. Dimension somatique

- 1 Bon état général, sérologies négatives (HIV, hépatites B,C)
- 2 Sérologies positives, état général légèrement diminué, problèmes dentaires et d'hygiène, abcès non compliqués
- 3 Trithérapie HIV en cours, hépatite chronique, comorbidité somatique (diabète, etc), abcès compliqués
- 4 SIDA (maladie), endocardite, pancréatite, atteinte neurologique sévère

II. Dimension psychiatrique

- 1 Pas de diagnostic autre que abus et dépendance selon CIM 10, DSM IV
- 2 Diagnostic sur Axe II du DSM IV (trouble de la personnalité), polytoxicomanie
- 3 Diagnostic syndromique-Axe I DSM IV (p.ex. trouble bipolaire, schizophrénie, dépression manifeste)
- 4 Plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants

III. Dimension motivationnelle

- 1 Patient collaborant, conscience du problème, motivé pour le traitement
- 2 Patient collaborant, conscience partielle du problème, ambivalent face au traitement
- 3 Patient qui consulte sous pression d'un tiers, déni partiel du problème personnel, réticent face au traitement.
- 4 Patient oppositionnel, sous contrainte, déni du problème, ne voyant pas l'intérêt d'un traitement

IV. Dimension crise

- 1 Conjoint soutenant, famille mettant des limites claires, employeur ferme et compréhensif
- 2 Famille à disposition vague, conjoint co-dépendant, employeur collaborant
- 3 Famille rejetante, conjoint intoxiqué, pas de levier professionnel
- 4 violences conjugales et familiales, crise aiguë dans le milieu du patient

V. Dimension ressources

- 1 Salaire, logement, pas de problème judiciaire, vie sociale active
- 2 Chômage, logement précaire, problèmes judiciaires, vie sociale réduite, formation professionnelle
- 3 Aide sociale, pas de logement propre, mandat judiciaire, dettes importantes, pas de formation professionnelle, pas de vie sociale autre que la «zone»
- 4 SDF, marginalisation totale, délinquance violente