



Quand le paradis artificiel s'en mêle

4

Mélany Rivard

« Si j'avais les ailes d'un ange »
(Robert Charlebois)

Alcool, pot, cocaïne, speed, ecstasy, pop corn, cracker jack... Voilà autant de joyeuses substances que certains de vos patients consomment et qui interfèrent avec votre plan de traitement. Quelle est l'influence de la toxicomanie sur les symptômes du trouble de la personnalité limite de votre patient, mais surtout sur votre diagnostic ? L'usage de substances psychoactives a des répercussions importantes sur la santé globale de vos patients ainsi que sur les traitements que vous leur proposez. Comment aborder le sujet sans créer de résistance ? Comment effectuer un sevrage de façon sécuritaire et compatissante ?

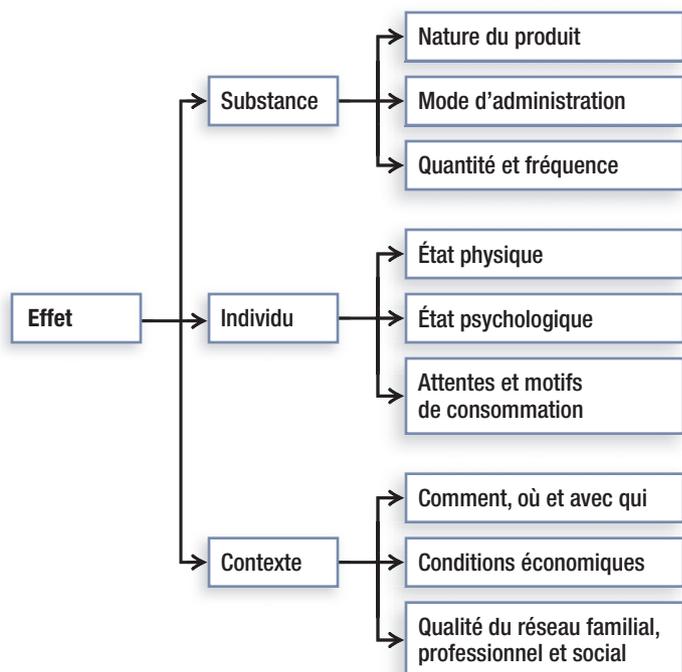
Mettez vos connaissances à l'épreuve.

	Vrai	Faux
1. L'effet d'une drogue est la résultante de sa composition chimique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les toxicomanes ont tous besoin d'un séjour « à l'interne » pour se rétablir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La consommation de drogues intensifie toujours les symptômes du trouble de la personnalité limite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'intervention centrée sur la toxicomanie doit idéalement précéder le traitement du trouble de la personnalité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Une fois le problème de toxicomanie diagnostiqué, il est essentiel d'établir la chronologie des symptômes afin de bien traiter le patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La prise de benzodiazépines est à privilégier comme première étape d'un sevrage du cannabis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'empathie du médecin à l'égard de son patient influe sur la motivation de ce dernier à changer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M^{me} Mélany Rivard, criminologue, exerce à titre d'agente de liaison au Centre Le Maillon, à Laval, un centre de réadaptation en dépendance.

Figure 1

Loi de l'effet en matière de dépendance¹



Réponses

1 *L'effet d'une drogue est la résultante de sa composition chimique. FAUX*

Lorsqu'on consomme une drogue, on ne peut prédire l'effet que le produit aura sur nous simplement en nous fiant à sa nature. L'effet ressenti va dépendre de trois facteurs : la substance, la personne et le contexte. C'est ce que l'on appelle la loi de l'effet dans le domaine des dépendances (figure 1)¹.

Lorsqu'on évalue la consommation d'un patient, il ne faut pas seulement chercher à savoir si ce dernier prend un stimulant, un déprimeur ou un perturbateur du SNC. Il faut vérifier le mode d'administration, la quantité consommée ainsi que la fréquence de consommation. Ces trois facteurs vont agir sur la tolérance de la personne au produit de même que sur la dépendance physique et psychologique. Il faut également s'intéresser au patient lui-même. Quel est

son état physique général ? Comment va sa santé mentale ? L'état psychologique joue sur l'effet de la substance au même titre que les attentes de la personne envers cette dernière et les motifs qui la poussent à consommer. Le contexte est le dernier déterminant qui module l'effet d'une substance. Le lieu, l'ambiance et le moment où le sujet consomme ainsi que les conditions économiques et les gens avec qui il le fait ont aussi une incidence. L'effet d'un quart de gramme de cocaïne pris une fois tous les trois mois dans un contexte social par un ingénieur de 35 ans en bonne santé physique et mentale sera différent de celui de la même quantité consommée deux fois par semaine par une mère monoparentale de 21 ans atteinte d'un trouble de la personnalité limite. Il faut donc interroger les patients sur l'ensemble des aspects de leur vie pour comprendre l'effet recherché et ressenti.

2 *Les toxicomanes ont tous besoin d'un séjour « à l'interne » pour se rétablir. FAUX*

Le séjour en milieu fermé est une modalité de traitement qui ne répond pas aux besoins de tous. L'évaluation permettant d'établir le niveau de soins dans le traitement des dépendances et de la désintoxication repose sur six dimensions et a été élaborée par l'American Society of Addiction Medicine² (figure 2).

Les deux premières ont trait à la nature de la consommation et la nécessité d'une prise en charge médicale du patient. L'évaluation de l'infirmière ou du médecin est donc essentielle à ce point-ci. La dimension 3 concerne les antécédents de traitement psychologique et psychiatrique, la stabilité émotionnelle ainsi que la capacité à exprimer ses sentiments. La dimension 4 touche la dynamique de changement et la motivation du patient tandis que la 5 dépeint le pronostic. Ces trois dernières dimensions relèvent du spécialiste du traitement de la dépendance ou de la santé mentale. Pour ce qui est du milieu de rétablissement de vie, la dimension 6, c'est l'affaire de tous les intervenants en cause. Nos patients ont souvent une hygiène de vie déficiente. Leur difficulté à assu-

L'évaluation permettant d'établir le niveau de soins dans le traitement des dépendances et de la désintoxication repose sur six dimensions et a été élaborée par l'American Society of Addiction Medicine.

Repère

mer leurs responsabilités les amène vers des problèmes financiers, une instabilité dans l'emploi et les études ou des problèmes judiciaires. L'intervention spécifique sur l'hygiène de vie est donc cruciale et peut parfois même être priorisée. L'évaluation de l'intensité des soins dans le traitement des dépendances nécessite un travail d'équipe multidisciplinaire. Chaque cas est unique, et l'évaluation doit tenir compte de l'interaction des six dimensions.

3 *La consommation de drogues intensifie toujours les symptômes du trouble de la personnalité limite. FAUX.*

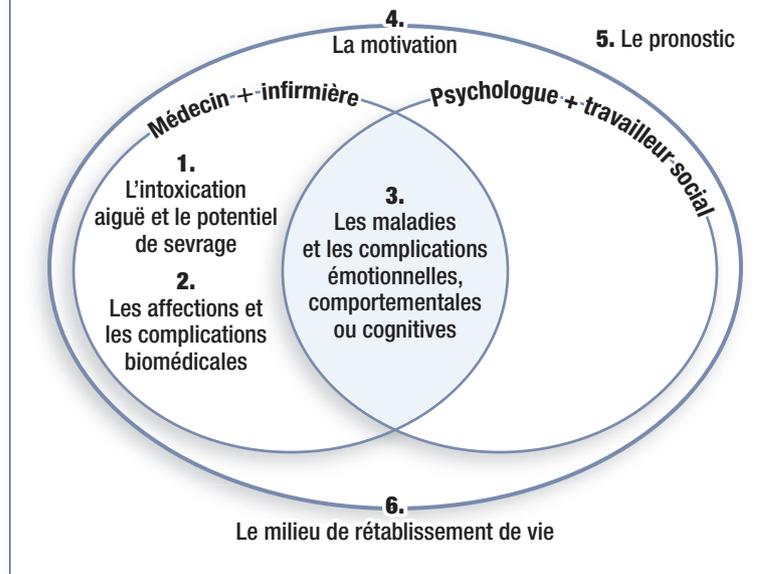
La consommation de substances psychoactives peut non seulement exacerber certains symptômes du trouble de la personnalité limite, mais également les camoufler, les imiter et parfois même les provoquer. La cocaïne ou les amphétamines, par exemple, risquent d'augmenter l'impulsivité ainsi que l'expression de la colère chez la personne ayant un trouble de la personnalité limite, alors que la consommation d'un opioïde tel que l'oxycodone va davantage atténuer l'instabilité affective et l'impulsivité. Quant au cannabis, comme d'autres perturbateurs du SNC, il peut donner l'impression que le monde est irréel (distorsion de la réalité) ou causer une dissociation. Il est donc primordial de dépister la consommation d'une substance psychoactive chez votre patient afin de bien évaluer les symptômes du trouble de la personnalité. La consommation passée constitue un moyen efficace d'en déterminer le caractère cyclique et ainsi d'évaluer la fluctuation des symptômes en fonction de la présence ou de l'absence des substances psychoactives.

4 *L'intervention centrée sur la toxicomanie doit idéalement précéder le traitement du trouble de la personnalité. FAUX*

Selon plusieurs chercheurs, lorsqu'un trouble lié aux substances est repéré, il est nécessaire de le prendre en charge, puisqu'il complique considérablement le traitement des troubles psychiatriques³. Selon Kim T. Mueser, professeur

Figure 2

Six dimensions liées au degré d'intensité du traitement d'une dépendance²



de psychiatrie et de médecine communautaire et familiale, il est préférable d'aborder les deux problèmes de front si on veut optimiser l'efficacité du traitement⁴. Il ne faut surtout pas tomber dans le piège de la philosophie d'intervention qui dit : « Allez faire traiter votre problème de toxicomanie. On s'occupera de votre problème de santé mentale après ». Ce modèle est celui de la double exclusion. Le D^r Richard Cloutier parle de trois niveaux d'intégration des soins⁵ (*tableau I*). Le traitement vertical est celui que préconisent plusieurs spécialistes du traitement des troubles concomitants.

De 64 % à 66 % des patients atteints d'un trouble de la personnalité limite auraient également un problème de toxicomanie ou de dépendance (voir l'article des D^{rs} Paola Frare et Jean-Francois Denis intitulé : « Sur quel axe danser ? Dépistage des troubles de l'axe II », dans ce numéro). La présence concomitante de ces deux troubles est donc très fréquente. Malheureusement, la détection du problème qui n'est pas du ressort de l'établissement où se présente le patient est souvent esquivée. Il faut donc sensibiliser les médecins au dépistage des problèmes de consommation, et les intervenants en dépendance à celui des problèmes de

Il ne faut surtout pas tomber dans le piège de la philosophie d'intervention qui dit : « Allez faire traiter votre problème de toxicomanie. On s'occupera de votre problème de santé mentale après ».

Repère

Tableau I

Troubles de santé mentale et toxicomanie : niveaux d'intégration des soins

1. Le modèle séquentiel : modèle de la double exclusion

Modèle où le médecin préfère traiter la toxicomanie avant les troubles de santé mentale. De son côté, l'intervenant en dépendance privilégie le traitement des problèmes psychiatriques avant celui de la toxicomanie. Dans les deux cas, le problème perdure.

2. Le traitement horizontal : approche clientèle en parallèle

Modèle utilisé dans le réseau de la santé et des services sociaux qui se traduit par l'établissement de corridors de services. Efficace s'il y a une bonne communication entre les deux établissements. Ex. : Équipe de liaison en dépendance dans les milieux hospitaliers de la province.

3. Le traitement vertical : modèle de 3^e ligne

Approche intégrée qui permet de traiter dans un même lieu les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale, en jumelant l'expertise des deux types d'intervenants. Ex. : Clinique Cormier-Lafontaine, à Montréal.

Adapté de : Cloutier R. Trouble de la personnalité et conduites addictives : une approche intégrée. Chapitre 8. Dans : Labrosse R, Leclerc C, rédacteurs. *Trouble de personnalité limite et réadaptation. Tome 1*. Saint-Jérôme : Éditions Ressources ; 2007. Reproduction autorisée.

santé mentale. Les questionnaires CAGE (www.sc-hc.gc.ca) et AUDIT (www.who.int/fr) constituent deux outils de dépistage validés pour les troubles de toxicomanie⁶. Il ne faut toutefois pas se limiter à l'anamnèse à déceler la présence ou l'absence de consommation. Il faut aussi en évaluer l'ampleur puisque, pour certains, elle peut être chronique et pour d'autres, abusive. Enfin, dans certains cas, elle peut être situationnelle ou séquentielle. Cependant, elle influera toujours sur le traitement.

5 Une fois le problème de toxicomanie diagnostiqué, il est essentiel d'établir la chronologie des symptômes afin de bien traiter le patient. **FAUX**

Le lien entre la toxicomanie et les troubles de la personnalité est complexe et peut varier d'un individu à l'autre. Il est très difficile, parfois même impossible, de découvrir le trouble primaire. Le D^r Mueser suggère donc de présumer qu'il s'agit de deux troubles primaires jusqu'à preuve du contraire⁴. Selon lui, le traitement devrait reposer sur une analyse fonctionnelle des deux problèmes, ce qui permet de comprendre à quoi sert la consommation chez le patient. Il propose ainsi un outil d'évaluation des avantages et des désavantages liés à l'usage ou au non-usage de la substance (tableau II). Les réponses à ces questions vont permettre de nommer les besoins de la personne, de constater l'influence de son environnement et donc d'orienter le plan de traitement⁴.

6 La prise de benzodiazépines est à privilégier comme première étape d'un sevrage du cannabis. **FAUX**

Sauf dans le cadre d'un protocole de sevrage, la prise de benzodiazépines est à éviter autant chez les personnes qui présentent un trouble de toxicomanie que chez celles qui sont atteintes d'un trouble de la personnalité limite. Cette classe de médicaments comporte un grand risque de dépendance physique et psychologique. Le sevrage des benzodiazépines est d'ailleurs un des plus difficiles à surmonter et prend généralement plusieurs mois. Le tableau III, qui ne repose pas sur des données probantes ni sur un guide des meilleures pratiques puisqu'il n'y en a pas à ce jour, fournit des informations sur les médicaments qui semblent les plus appropriés à une démarche de sevrage en fonction des catégories de psychotropes. La D^{re} Marie-Ève Morin, médecin spécialisée dans le traitement des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, y mentionne des exemples de médicaments qu'elle prescrit à ses patients selon le type de sevrage.

Matrice des avantages et désavantages en lien avec la consommation⁴

	Consommation	Absence de consommation
Avantages	<ul style="list-style-type: none">● Soulage le mal de vivre● Aide à dormir● Diminue l'anxiété	<ul style="list-style-type: none">● Réduit les conflits relationnels● Permet d'avoir plus d'argent
Désavantages	<ul style="list-style-type: none">● Augmente les conflits avec les proches● Crée une dépendance physique	<ul style="list-style-type: none">● Cause plus d'angoisse et d'éléments dépressifs● Provoque l'isolement social, car les amis consomment

Tableau III**Médicaments pour le sevrage des psychotropes**

Catégorie de psychotropes	Symptômes de sevrage	Médicaments à prescrire	Particularités
Dépresseurs du SNC (alcool)	Anxiété, tremblements, hallucinations, convulsions, <i>delirium tremens</i>	Benzodiazépines (ex. : lorazépam)	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Variation de la prescription selon le score au CIWA-AR. ⦿ Orientation vers un centre hospitalier en cas d'antécédents de convulsions ou de <i>delirium</i>. ⦿ Remise des comprimés tous les deux jours pour éviter les intoxications médicamenteuses. ⦿ Prescription en doses décroissantes pendant environ une semaine.
Opioïdes (ex. : Dilaudid, Demerol, OxyContin)	Nausées	Métoclopramide ou dompéridone	⦿ La dompéridone entraîne moins d'effets indésirables.
	Douleurs musculosquelettiques	AINS (ex. : Naprosyn)	⦿ Un cytoprotecteur de l'estomac devrait être prescrit de façon concomitante en fonction des facteurs de risque du patient et des recommandations des gastro-entérologues.
	Diarrhée	Lopéramide	
	Inconfort général et sudation profuse	Chlorhydrate de clonidine	
	Anxiété	Antipsychotiques atypiques (ex. : quétiapine) ou benzodiazépines (ex. : lorazépam)	
	Insomnie	Trazodone ou mirtazapine	⦿ Ces deux molécules sont intéressantes en cas de troubles du sommeil survenant au moment du sevrage puisqu'elles ne créent pas de risque de dépendance.
Perturbateurs du SNC (cannabis)	Anxiété, irritabilité, agitation, insomnie, perte d'appétit	Antipsychotiques atypiques (ex. : quétiapine, olanzapine)	⦿ Ces agents aident à diminuer les obsessions de consommation, apaisent l'état de manque et favorisent le sommeil.
Stimulants (cocaïne, méthamphétamines, ecstasy)	Éléments psychotiques, agressivité, crises de panique et paranoïa	Antipsychotiques atypiques (ex. : quétiapine, olanzapine)	
	Anxiété, humeur dépressive, anhédonie, problèmes de concentration et de mémoire	Antidépresseurs : ISRS ou ISRN	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Les toxicomanes ont besoin de doses plus élevées. ⦿ Il faut souvent traiter une dépression causée par un sevrage des stimulants.

7 L'empathie du médecin à l'égard de son patient influe sur la motivation de ce dernier à changer. **VRAI**

Plusieurs chercheurs, dont Carl Rogers, ont montré que l'attitude de l'aidant dans la relation thérapeutique a une bien plus grande influence que l'approche utilisée⁷. L'em-

pathie est le fondement de la relation d'aide, et la juste empathie se manifeste par une écoute réflexive bien maîtrisée. Elle permet de créer un climat relationnel où les résistances sont moins présentes. Selon l'approche de l'entretien motivationnel, préconisée lors d'un processus de changement de comportement, les résistances témoignent d'une discordance dans la relation entre le thérapeute et le client.

Tableau IV

Les quatre principes généraux de l'entretien motivationnel

- Exprimer de l'empathie : chercher à comprendre le monde du client sans juger, ni critiquer ni blâmer.
- Provoquer la divergence : créer une dissonance entre les objectifs du patient et ses comportements de consommation.
- Rouler avec les résistances : ne pas s'opposer à la résistance, laisser le client l'exprimer et par la suite inviter ce dernier à de nouveaux points de vue.
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : créer chez le patient l'espoir en ce qui a trait au changement, lui reconnaître la responsabilité de ses choix et de ses changements.

Source : Miller RW, Rollnick S. *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions ; 2006. Reproduction autorisée.

L'aidant peut donc provoquer ou non cette résistance par son style relationnel. Il est recommandé, dans le cadre d'un entretien motivationnel, d'éviter de se positionner en expert, d'argumenter, de prendre parti, d'étiqueter et de faire des reproches. Lorsqu'un toxicomane résiste aux changements à apporter à sa consommation de psychotropes, les quatre principes généraux de l'entretien motivationnel élaborés par Miller et coll. peuvent s'avérer très utiles pour accroître sa motivation et son engagement à changer⁸ (tableau IV).

L'attitude de l'aidant est certes très importante dans le processus de changement et influe sur la motivation. Cependant, comment définir cette motivation (encadré) ?

Nous devons intervenir sur les trois niveaux qui définissent la motivation pour résoudre le dilemme lié au changement, qui fait référence à ce que l'on appelle plus communément « l'ambivalence » en entretien motivationnel. La résolution de cette ambivalence est essentielle pour que le changement survienne et perdure, mais ne doit toutefois pas être forcée sous peine de renforcer le comportement que l'on veut voir s'éteindre. Chez le patient atteint d'un trouble de la personnalité limite, cette ambivalence a tendance à perdurer étant donné que la substance consommée apaise les souffrances psychologiques. Il faut donc créer avec finesse la dissonance entre les objectifs personnels et les

Encadré

Définition de la motivation

Avoir envie : importance accordée au changement

Question : Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'importance de ce changement dans votre vie ?

Se sentir capable : confiance dans la capacité de changer

Question : Dans quelle mesure (en pourcentage) êtes-vous sûr de réussir ce changement ?

Être prêt : question de priorité

Question : S'agit-il du bon moment pour vous pour entreprendre une telle démarche de changement ?

Source : Miller RW, Rollnick S. *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions ; 2006. Reproduction autorisée.

comportements de consommation, tout en maintenant un esprit d'intervention favorisant la responsabilisation.

MALGRÉ L'ÉVOLUTION de nos connaissances, l'interaction entre la consommation de substances psychoactives et les problèmes de santé mentale demeure encore une source d'ambiguïté. Les meilleures méthodes de traitement restent aussi à confirmer, même si jusqu'à présent le modèle de services intégrés semble prometteur. Une fois les deux troubles diagnostiqués, le professionnel ne doit pas attendre d'avoir trouvé le trouble primaire avant d'entreprendre le traitement. Le traitement simultané est à privilégier. L'approche motivationnelle serait la plus indiquée puisque les techniques d'entrevue permettent de favoriser le changement, tout en respectant le rythme du client ainsi que ses résistances. De ce fait, la motivation et l'engagement au traitement sont augmentés. Selon l'étude du NIDA Clinical Trials⁹, l'approche motivationnelle augmente la rétention en traitement. N'oublions pas que la réadaptation passe inévitablement par une hygiène de vie fonctionnelle et que l'environnement global du patient influe sur le niveau de soins qui lui sera offert. ☞

Il est recommandé, dans le cadre d'un entretien motivationnel, d'éviter de se positionner en expert, d'argumenter, de prendre parti, d'étiqueter et de faire des reproches.

Repère

Summary

When artificial paradise is involved... In spite of the advance in our knowledge, interaction between use of psychoactive substances and mental health problems is still ambiguous. Best treatment methods also remain to be confirmed, even though the integrated services model seems promising. Once the physician has diagnosed both problems, simultaneous treatment must be initiated right away even if the primary disorder has yet to be determined. Motivational approach is the most indicated. Its interview techniques favour changes, while respecting the patient's rhythm and resistance. This approach raises motivation and engagement towards treatment. A NIDA Clinical Trials Network study concludes that the motivational approach amplifies treatment retention. Remember that rehabilitation inevitably depends on a healthy lifestyle, and that patient's environment as a whole also influences provided care level.

Date de réception : le 23 avril 2010

Date d'acceptation : le 15 juin 2010

M^{me} Mélany Rivard n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Tremblay R, Paquin P. *Travaux cliniques de l'équipe d'Alternatives*. Centre de réadaptation en alcoolisme-toxicomanie : Québec ; 1981-1982.
2. Vaugois P, Germain M. *Gestion de la désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement*. Québec : Centre québécois de lutte aux dépendances ; 2008. Site Internet : www.cqld.ca/accueil/un-nouvel-outil-en-desintoxication-maintenant-disponible-en-francais.html (Date de consultation : août 2010).
3. Racine S, Nadeau L. Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie. Montréal : RISQ ; 1995. Site Internet : <https://depot.erudit.org/biistream/000871dd/1/000206pp.pdf> (Date de consultation : août 2010).
4. Mueser K, Noordsy L, Drake E et coll. *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York : Guilford Press ; 2003. p. 42.
5. Cloutier R. *Trouble de la personnalité et conduites addictives : une approche intégrée*. Chapitre 8. Dans : Labrosse R, Leclerc C, rédacteurs. *Trouble de personnalité limite et réadaptation. Tome 1*. Saint-Jérôme : Éditions Ressources ; 2007.
6. Allard F. Osez interroger vos patients sur l'alcool. *Le Médecin du Québec* 2009 ; 44 (2) : 27-34.
7. Rogers CR. *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context*. Dans : Koch S, rédacteur. *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. Vol. III. New York : McGraw Hill ; 1959.
8. Miller RW, Rollnick S. *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterÉditions ; 2006.
9. Carroll K, Ball S, Nich C et coll. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individual seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend* 2006 ; 81 (3) : 301-12.