

Motiver et outiller nos jeunes à moins consommer

Pierre Rouillard, psychiatre

Rosanne Labrie, infirmière

Clinique Notre-Dame -des-Victoires

Centre Hospitalier Robert-Giffard

11 novembre 2005

CRITÈRES DE DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE-1

selon le DSM-IV

Modèle d'utilisation inadapté d'une substance psychoactive (SPA) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

CRITÈRES DE DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE-2

- 1) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - 1) Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - 2) Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- 2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes:
 - 1) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique).
 - 2) La même substance (ou une substance très proche est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

CRITÈRES DE DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE-3

- 3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- 4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p.ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances, à utiliser le produit (p.ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
- 6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

CRITÈRES DE DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE-4

- 7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool.)

Spécifier si :

- Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2)
- Sans dépendance physique: absence de tolérance ou de sevrage (c.-a-d. tant de l'item 1 que de l'item 2)

CRITÈRES D'ABUS D'UNE SUBSTANCE-1

selon le DSM-IV

A. Mode d'utilisation inadéquate d'une substance

conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

CRITÈRES D'ABUS D'UNE SUBSTANCE-2

- 1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absence, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
- 2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)

CRITÈRES D'ABUS D'UNE SUBSTANCE-3

- 3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p.ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)
- 4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres

CRITÈRES D'ABUS D'UNE SUBSTANCE-4

- B.** Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Prévalence (%) de troubles liés SPA dans schizophrénie

Classe SPA	NSMHWB (1 an), Australie, 1997	Étude ECA (à vie) (n=231) (Cuffel,1993)	Plusieurs études
Alcool	21,2	37	12,3 à 42,8
Cannabis	11,5	23	12,5 à 35,8
Stimulants		13	11,3 à 31
Hallucinogènes		13	5,7 à 15,2
Opiacés		10	2 à 9
Sédatifs		8	3,5 à 11,3

OBSTACLES COMMUNS À L'ÉVALUATION → SOLUTIONS- 1

- Défaut de faire une histoire adéquate → Demander directement aux clients leur consommation et les conséquences, en commençant par l'usage dans le passé
- Dénier et minimisation → S'y attendre et demander à d'autres sources d'informations (famille)
- Confusion sur les effets des substances → Explorer les associations entre les substances et l'évolution du trouble psychiatrique; assumer que la consommation influence le trouble psychiatrique

OBSTACLES COMMUNS À L'ÉVALUATION → SOLUTIONS- 2

- Distinction primaire/secondaire → Considérer les 2 troubles comme primaires; aucun n'est secondaire
- Distorsions cognitives, psychotiques et liées à l'humeur → En tenir compte sans invalider tout ce que le client rapporte; vérifier avec d'autres sources d'informations
- Possibilité de conséquences liées à la révélation → Discuter franchement des responsabilités légales du clinicien, des peurs du client au niveau légal, et du contrôle des finances du client

OBSTACLES COMMUNS À L'ÉVALUATION → SOLUTIONS- 3

- Stade de précontemplation → Admettre qu'une pauvre motivation est fréquente au début du traitement des clients avec comorbidité et chercher activement à engager le client
- Effets augmentés des substances → Savoir que les clients avec trouble psychiatrique ont des conséquences négatives avec des quantités beaucoup plus faible d'alcool et de drogues que les personnes sans trouble psychiatrique

Mueser, 03

SCHIZOPHRÉNIE ET TAS

- Symptômes négatifs de la maladie (ex: avolition, anergie), effets secondaires de la médication, facteurs psychologiques et sociaux diminuent la motivation. L'anhédonie, autre symptôme négatif, peut limiter les expériences plaisantes et le renforcement positif en l'absence de l'utilisation de substances.
- Manque de contrôle interne pour initier une routine comportementale complexe nécessaire pour en arriver à l'abstinence.

Hypothèse supportée par la recherche

Près de la moitié des patients ont une faible motivation à diminuer leur consommation et seulement 52 % ont participé au traitement.

SCHIZOPHRÉNIE ET TAS

- Multiples problèmes dans le traitement de l'information :
 - difficultés cognitives (attention, concentration, mémoire);
 - difficulté dans la résolution de problème;
 - raisonnement abstrait.
- Un faible support social ne favorise pas leur motivation à arrêter. Recherches démontrent que la pression sociale de personnes significatives est une source de motivation. De plus, une des raisons de leur consommation est le désir d'être normal et d'être avec les autres.

(Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 2004)

SCHIZOPHRÉNIE ET TAS

- Caractéristiques propres aux drogues.
- Pattern de consommation non précis : \$ et la disponibilité semblent être plus pertinents que les effets sur le SN.
- On croit souvent que la raison de la consommation est de diminuer les symptômes psychotiques et soulager les effets sédatifs de la médication; mais la raison la plus fréquente est « *to get high* » et de réduire les émotions déplaisantes : ennui, anxiété, tristesse, tension.

Schizophrénie et abus SPA

Effets cliniques aigus

- *Précipitation ou aggravation d'un épisode psychotique*
- *↑ fluctuation des symptômes, affect labile*
- *↑ anxiété, dépression, paranoïa et symptômes positifs*
- *Augmente la violence (X 2,6 - 4) et les troubles de comportement*
- *Augmente les risques de suicide*
- *Diminue l'efficacité des antipsychotiques, peut nécessiter plus de médicaments*

Schizophrénie et abus SPA

Conséquences à moyen terme

- *↓ fonctionnement cognitif et social; moins de mariage*
- *Manque d'hygiène, itinérance*
- *Problèmes judiciaires*
- *↑ récurrences*
- *↑ utilisation et les coûts des services sociaux et de santé (hospitalisation, urgence X 2) à cause de: malnutrition, trauma, hépatites B et C, VIH, etc.*

Schizophrénie et alcool



- substance la plus abusée après la nicotine
- > 50 % rapportent ↓ anxiété sociale, tension, dysphorie, apathie, anhédonie , insomnie
- Et ↑ relations interpersonnelles (42%) et de la gêne (40%).
- mais 7-32% rapportaient ↑ des symptômes psychotiques (Noordsy, 1991;n=75)
- Peut diminuer les hallucinations auditives (24%) ou les augmenter (20%)
- ↑ délire (le plus souvent)
- Peut ↓ les symptômes en intoxication mais les ↑ en sevrage

Schizophrénie et alcool-2

- Peut induire une dépression avec des idées suicidaires
- ↓ fidélité aux médicaments; patient veut éviter interaction!
- ↑ RISQUES DE DYSKINÉSIE TARDIVE (26% VS 16%)
- ↑ troubles de comportements et des problèmes légaux
- 2-3 consommations peuvent nuire
- Moins de 5% ont pu maintenir un boire non-problématique sur 6 mois (Drake & Wallach, 93)

Schizophrénie et cannabis: études épidémiologiques

Étude	Nombre/ pays	Suivi (ans) (cannabis avant)	Diagnostic	Usage cannabis	Risque ajusté (odd ratio)	Risque attril (%)
Zammit, 2002	50053/ Suède	27	Scz hospital	>50 fois à 18 ans	3,1 (lié dose)	13
Van Os, 2002	4045/ Pays-Bas	3	Tout sympt psychotique (BPRS)	Usage à 16-17 ans	2,76 (lié dose)	13 symp psychotiq
Fergusson, 2003	1011 /Nouvelle-Zélande	21	Symptômes psychotique	Dépendant à 21 ans	1,8(1/ lié âge)	
Arseneault, 2002	759/ Nouvelle-Zélande	11	Tr SCZforme	Usagers à 15 et 18 ans	3,12 (1/ lié age)	

Schizophrénie et cannabis: auto-médication?



- Les patients rapportent (vs rationalisations ou attentes?):
 - relaxation, euphorie et de sensations agréables
 - ↓ anxiété, dépression et ennui
 - ↑ symptômes positifs
(méfiance, délires, hallucinations)
 - ↓ symptômes négatifs: ex.: sentiment de vide ou de mort (mais la plupart des études récentes n'ont pas trouvé de corrélation
 - effets mixtes sur l'énergie et les hallucinations
 - ↓ effets dysphoriques des antipsychotiques
 - Facilitation de la socialisation

Schizophrénie et abus SPA

Étapes du traitement

- *Engagement: développer la relation de confiance et l'alliance thérapeutique*
- *Persuasion: reconnaître les méfaits et développer la motivation (50-75% des clients accepteront d'aller en traitement de groupe)*
- *Traitement actif: diminuer la consommation ou devenir abstinent*
- *Prévention de la rechute*

(Osher et Kofoed, 1989)

Schizophrénie et abus SPA

traitements

- les traitements intégrés sont plus efficaces
 - plusieurs épisodes de traitement sont souvent nécessaires
- peut durer jusqu'à 5 ans
- connaître les signes avant-coureurs de rechute
 - une "chute" ne conduit pas nécessairement à une rechute
 - focaliser sur le présent et le futur, non sur le passé
- augmenter la motivation
 - reconnaître les petites réussites pour augmenter le sentiment d'auto-efficacité
- même une diminution de la consommation peut aider
- encourager la fidélité à la médication
 - seules les benzodiazépines créent de la dépendance

GROUPE COMORBIDITÉ

Troubles psychotiques et troubles liés à l'utilisation d'une substance

- Nombre de patients : moyenne 3
- SPA principales consommées: alcool, cannabis
- Intégration de séances motivationnelles et de thérapie cognitivo-comportementale.
- Nombre de séances actuelles : environ 16

PHILOSOPHIE DU GROUPE

- Basée sur les principes de l'approche motivationnelle :

Empathie VS Confrontation

Le style d'intervention plus confrontant, plus chargé sur le plan émotionnel caractéristique des milieux en toxico est contre-indiqué avec les troubles psychotiques.

- Basée sur les principes de la thérapie cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales.
- Basée sur la réduction des méfaits: si l'abstinence n'est pas possible, nous préférons la réduction au statu quo.

FONCTIONNEMENT DU GROUPE

- Intervenants doivent être flexibles.
- Perspective de long terme.
- Travailler davantage sur la motivation et sur les objectifs du patient.
- Continuer rencontres motivationnelles individuelles (mais ne pas exclure le groupe).

Intoxication

- Participants sont acceptés.
- Évaluation de la dangerosité.
- Rappel en individuel de l'importance d'être présent au groupe sans être sous l'effet des drogues.
- Motifs de cette intoxication?

FUNCTIONNEMENT DU GROUPE

- Durée du fonctionnement du groupe?
16 semaines. Groupe ouvert aux patients à l'interne et à l'externe.
- Modalités du groupe?
1 fois/semaine; durée 60 minutes
- Objectifs?
 - Diminuer la consommation
 - Augmenter les habiletés sociales
- Renforcement?
 - Coupons de participation ? (ex. bons d'achat de \$5)

THÈMES DES SÉANCES

- Motivationnelle
 - Développement d'un plan d'action
 - Balance décisionnelle
 - Effets de ma consommation
 - Mes valeurs
- TCC
 - Situations à haut risque
 - Identifier les pensées automatiques
 - Restructuration cognitive
 - Évaluation de mes croyances face à la consommation
 - Cycle de ma consommation
 - Différentes habiletés sociales :
 - Dire non, résoudre un problème

SCHIZOPHRÉNIE ET ABUS SPA: traitement cognitif

- Ex. le client croit que le cannabis ↓ les « voix »
- Quelles sont les preuves?
- Y a-t-il des fois où cela n'est pas vrai?
- Si ce n'est pas toujours vrai, quelles en sont les implications? Ex. « ce n'est plus vrai si je fume plus que 2 joints » (Graham,2003)

L'intervention individuelle

- Les principes
- Les conduites suggérées
- La méthode

Les principes

- La motivation est « dans » la relation intervenant-client
- L'intervenant est un partenaire et non pas un expert
- La décision de réduire ou de cesser de consommer appartient au client
- L'intervention doit être adaptée au stade de changement dans lequel se trouve le client

Les conduites suggérées

- Faire preuve d'empathie et d'optimisme
- Éviter d'entrer dans une relation « duel »
- Bannir l'accusation, l'étiquetage et la confrontation
- S'abstenir d'émettre des jugements et des opinions personnelles
- Maintenir un climat d'intervention serein

Techniques de communication recommandées

- Privilégier les questions ouvertes
- Utiliser le reflet et la reformulation du contenu et des sentiments exprimés
- Se servir de la répétition pour amener le client à « s'entendre dire » les liens établis entre sa consommation et les impacts dans sa vie
- Faire périodiquement une synthèse des observations et des constats faits en cours de suivi

La méthode proposée

- Volet motivationnel
- Volet cognitivo-comportemental

Volet motivationnel

- Objectif: amener le client à reconnaître les impacts négatifs de sa consommation