

Vingt ans de soins

Pierre Poloméni / Psychiatre, hôpital universitaire Jean-Verdier, Bondy

Quelques révolutions et plusieurs évolutions ont caractérisé ces 20 dernières années en matière de soins dans les addictions ! Une aventure vécue par certains pionniers des années 1980, ouvrant le champ de nouveaux traitements avant que ces outils soient utilisés par le plus grand nombre. Comment évoquer ces multiples changements ? À une description chronologique, nous avons préféré une description par champ, voire par produit, nous permettant quelques enthousiasmes et quelques perplexités !

Première révolution : la prescription

Là où, depuis les années 1970 dans le champ de la toxicomanie, prévalait le face à face et la psychothérapie, se glissent puis s'imposent des médicaments dits de « substitution ». Méthadone et buprénorphine, des opiacés, délivrés à des dépendants à l'héroïne, un paradoxe devenu vite évidence. Avec ces médicaments, les usagers vivent, s'injectent moins, s'infectent moins, se désocialisent moins, donnant du temps à un travail plus global. Avec eux se développe une évolution des acteurs du soin, l'implication forte de médecins généralistes précurseurs, la création des réseaux ville-hôpital, des centres spécialisés qui deviennent centres « méthadone », et des hôpitaux qui peuvent enfin s'investir. En effet, en 1996, sont créés les équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD), puis les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Des acronymes qui sous-tendent la création d'équipes mobiles, au cœur des hôpitaux, pour accueillir les toxicomanes, puis très vite tout usager abuseur ou dépendant de substances psychoactives [SPA] que l'on rencontrait déjà aux urgences et dans les services spécialisés (sida, hépatites, etc.).

On ne se débarrasse plus (comme à l'AP-HP) de ces usagers, on prend un peu de temps, on prescrit, on propose.

La coordination des soins reste d'actualité, tentant d'aider les professionnels isolés à prendre en charge les usagers. Les médicaments en 20 ans changent de galéniques (méthadone gélule en 2007, suboxone en 2012) et un meilleur apprentissage de la prescription évite les dérives, telles que les injections de Subutex® constatées dans les années 2000. Très récemment, l'arrivée du Nalscue®, antidote en spray en traitement des overdoses, ouvre encore des possibilités thérapeutiques pour l'urgence, et on attend la possibilité pour les médecins généralistes agréés de « primo-prescrire » la méthadone.

Les années 2000, à la suite du rapport RASCAS (MILDT) qui distingue des aspects spécifiques et de nombreux aspects communs entre les différentes SPA, voient l'émergence de l'addictologie. La prise en charge se répartit autrement : le secteur comporte toujours des médecins généralistes, certains très engagés, d'autres assumant quelques patients connus depuis longtemps. Les structures médico-sociales et hospitalières proposent, en particulier depuis les circulaires de 2007 et 2008, une offre diversifiée, organisée et visible. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) sont devenus des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), gérés le plus souvent par des associations, accueillent des patients dans des



lieux « en ville » pour des consultations polyvalentes et, parfois, pour un hébergement. On réinvente les communautés thérapeutiques.

De leur côté, l'hôpital et certains établissements privés rendent visibles une offre de soins : consultations, hospitalisations (sevrage simple et complexe, hospitalisation de jour, soins de suite), ELSA. Ces dernières rencontrent des patients quel que soit leur niveau de dépendance et leur produit, et construisent avec eux, de la façon la plus précoce possible, un circuit de soins adapté. Le système est complété par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), permettant l'accueil des usagers les plus désocialisés. Les jeunes et familles ne sont pas oubliés, des dispositifs spécifiques permettent de les accueillir (consultations jeunes consommateurs [CJC] par exemple).

Aspects semblables entre les addictions, oui, avec une prévention ouverte, l'idée d'un repérage précoce et d'une RdR, de traitements associés à des psychothérapies. De nombreuses spécificités demeurent, les traitements de substitution par exemple, dont on a vu les bénéfices, ne sont disponibles que pour les opiacés et... la nicotine.

Les soins associent ceux directement liés à l'usage et à la dépendance, et d'autres liés aux comorbidités. Depuis 20 ans, dans ces deux axes, les évolutions sont majeures. Ainsi dans la dépendance à la cocaïne, il faut aider l'usager à lutter contre cette envie irrésistible : le *craving* (mot consacré par le DSM-5 de 2013). De nombreux travaux, de nombreux médicaments testés et, assez vite, les spécialistes français appliquent les recommandations, même imparfaites et partielles (par exemple la prescription actuelle de N-acétylcystéine). Dans ce cadre aussi, on utilise, hors autorisation de mise sur le marché (AMM) mais avec des données assez solides, des antiépileptiques (Epiotax[®], Lamictal[®]) : ils atténuent (avis clinique) l'envie de substance (toutes les substances ?) et limitent donc la reconsommation après un sevrage. Le *craving* est aussi identifié dans l'alcoolodépendance. La RdR en matière d'alcool (en opposition à l'abstinence complète) a progressé ainsi que la découverte de médicaments : le baclofène, utilisé depuis 2008 sans AMM, et le nalméfène mis sur le marché en 2013, sont prescrits pour diminuer « l'envie de boire » et/ou favoriser des consommations contrôlées. Nouvelles molécules, nouveaux concepts, nouveaux soins...

Ce raisonnement s'applique, à une autre échelle, pour le tabac et le cannabis : fumer moins pour fumer mieux ? La e-cigarette produisant de la fumée en substitution de la cigarette ou du joint ? Dépénalisation du cannabis ? Autant de sujets majeurs, mais dont les frontières avec le

soin sont fortes : que penser en effet de la difficulté à utiliser le cannabis « thérapeutique » ?

Le traitement des comorbidités a été de même complètement bouleversé en 20 ans. Sur le plan somatique, 1996 l'année de l'arrivée des traitements de substitution, voit apparaître les trithérapies anti-VIH. On sait leur évolution, leur simplification, et, pourtant, quelle émotion, quelle réussite de la recherche, quelles modifications dans l'histoire des soignants et des soignés ! Tout comme le traitement contre l'hépatite C qui s'est considérablement accéléré il y a quelques mois. Un traitement curatif, en trois mois, d'un virus hépatique. Cette évidence renverse, lorsque l'on a connu, il n'y a pas si longtemps, l'interféron, ou encore un peu avant, l'abstention thérapeutique.

Les « doubles diagnostics » psychiatrique et addictologique sont maintenant la norme

Maintenant ? De nombreux cliniciens témoignent d'une augmentation marquée de la prévalence des troubles de la personnalité et de l'humeur chez les usagers. De fait, les neuroleptiques et antidépresseurs ont une place importante dans les soins. Des travaux solides dans ce champ montrant ou non une évolution des tableaux psychiatriques sont demandés !

Les soins apportent aussi des effets indésirables... avec le baclofène ou le Zyprexa[®] par exemple, et engagent soignants et soignés dans une compréhension commune des choix faits. Par ailleurs, les interactions sont fortes entre certaines molécules (allongement du QT avec méthadone et neuroleptiques...) venant perturber les prescriptions. Enfin, le risque de dépendance secondaire est bien présent dans cette population (Stilnox[®], benzodiazépines, Tramadol[®]) amenant à une sélection dans les ordonnances : la suppression de certains médicaments (Rohypnol[®]) s'est imposée et une prise en charge spécifique de certains mésusages (opiacés antidouleurs) est protocolée.

De multiples problèmes à résoudre

Oui, on vit, mais les conditions sociales sont mauvaises, de nombreuses pathologies flambent encore. Les SPA évoluent et, 20 ans après l'héroïne, le crack apporte maintenant son lot de conséquences pathologiques. Soigner les addictions, c'est donc aborder les problèmes sociaux, traiter les pathologies psychiatriques et virales, proposer une prise en charge psychologique : aux psychothérapies d'inspiration psychanalytique s'ajoutent les thérapies cognitives et comportementales.

On invente de nouveaux outils de prévention/RdR et, parallèlement, les scientifiques anglo-saxons et quelques français, développent, « boostent » une compréhension

des addictions pour en permettre le soin. On balbutie, mais on explore de mieux en mieux le circuit de la dopamine, les récepteurs mu d'un côté, gaba de l'autre. À chaque découverte d'un bout de circuit correspond la mise en circulation d'une nouvelle molécule censée bloquer le *craving* ou la dépendance.

On n'accepte pas/plus ces patients alcoolodépendants qui résistent à tout, c'est-à-dire qu'ils alternent abstinence et « rechute » de façon quasi télégraphique, développant des troubles cognitifs qui sont le défi d'aujourd'hui : repérage précoce, intervention... longue.

On explore, on tente, on essaye une molécule prévue pour une SPA pour le traitement d'une autre... On réfléchit aussi au traitement des addictions comportementales (jeu, sexe, etc.) et on construit des procédures associant un suivi coaching à de la psychothérapie, à des médicaments (Revia® !). On s'aventure dans le « deep-web » pour repérer l'arrivée de nouvelles molécules (nouveaux produits de synthèse/nouvelles substances psychoactives [NPS/NSP]) et de nouveaux modes d'utilisation (slam, etc.) et on met en place des alertes précoces des professionnels et des urgentistes.

Soigner en addictologie, en tenant compte des données de la science et de la disponibilité de nouveaux outils, est faire le choix d'une présence, d'une bienveillance, d'une adaptation régulière, parfois coûteuse, aux besoins des usagers que l'on rencontre.

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à VIH.org / Swaps / Pistes, Chaire d'addictologie CNAM, case 216, 2 rue Conté, 75003 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail