

# Bonnes pratiques pour un accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances en soins de santé primaires

*Good clinical practice to treat people with substance use disorder*

RICHELLE L.<sup>1,2</sup> et CARDON P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unité de Recherche en Soins primaires

<sup>2</sup> Département de Médecine générale

Faculté de Médecine

Université libre de Bruxelles (ULB)

## RÉSUMÉ

Le trouble lié à l'usage de substances (TUS) a quasi doublé en 10 ans et concernerait actuellement 39,5 millions personnes à travers le monde. Les personnes avec TUS cumulent les vulnérabilités médico-psychosociales. Les médecins généralistes de par leur approche globale et de coordination de soins ont un rôle à jouer en termes de prévention, de repérage précoce, de réduction des risques et d'accompagnement de ces personnes. Ils doivent pouvoir accueillir ces personnes comme toute autre patient.e en demande de soins avec ouverture et non jugement. Il est toutefois important qu'ils puissent aussi reconnaître leurs limites et référer au besoin. Dans cet article, nous prenons en compte la pratique de plus en plus répandue de poly-consommations pour proposer quelques lignes de conduites dans une approche multidimensionnelle de l'addiction. Nous y présentons également des outils en terme de prévention, de repérage précoce et d'accompagnement des TUS et de ses comorbidités afin d'aider les médecins généralistes à mieux prendre en charge cette population fragilisée.

Rev Med Brux 2023 ; 44 : 378-387

Mots-clés : médecine générale, poly-usage de drogues, soins, prévention et réduction des risques

## ABSTRACT

Substance use disorders (SUD) have almost doubled in the last 10 years, and concerns currently 39.5 million people worldwide. People with SUD suffer from a combination of medical, psychological and social vulnerabilities. General Practitioners have a role to play in terms of prevention, early detection, risk reduction and support, given their global approach and their role as care coordinators. It is important, however, that they are also able to recognise their limitations and refer when necessary. In this paper, we consider the increasingly widespread practice of poly-drug use to propose some guidelines as part of a multidimensional approach to addiction. We will also present tools for prevention, early screening and for TUS and comorbidities support to help GPs to better manage this population fragilized.

Rev Med Brux 2023 ; 44 : 378-387

Key words: general practitioner, poly-drug use, care, prevention, harm reduction

## INTRODUCTION

### Contexte historique

L'homme, depuis la préhistoire, cherche à altérer sa conscience. Certains primates et les premiers hominidés auraient probablement déjà découvert l'hydromel par un phénomène naturel de fermentation du miel il y a 100 000 ans<sup>1</sup>. Les premières traces de brasserie ont été découvertes en Israël et dateraient de l'époque des Natoufiens (peuple de chasseurs-cueil-

leurs)<sup>2</sup>. D'un attrait initialement plutôt spirituel réservée à une élite, la consommation de substances a évolué avec le temps pour atteindre toutes les classes sociales. Au Moyen-Age, elle était perçue par la société et par l'Eglise comme un vice ou une faiblesse morale mais restait relativement bien acceptée<sup>3</sup>. Avec le temps, sous l'influence notamment des courants sani-

taristes du XIX<sup>e</sup> siècle, elle fut de plus en plus vue comme un fléau gangrénant la société pour laquelle furent mis en place des dispositifs de lutte. Les premières lois anti-alcool et les premières lignes de tempérance émergèrent fin du XIX<sup>e</sup> siècle, ce qui marqua le début de la « Prohibition » et constitua l'essor d'une économie parallèle, du trafic de substances et des mafia<sup>4</sup>. En 1961, 1971 et 1988 furent adoptées plusieurs conventions régulant l'usage et le trafic de substances psychotropes par les Nations-Unies qui établirent les bases de critères de légalité et d'illégalité des substances<sup>5</sup>. Étaient présentes lors de ces négociations des compagnies pharmaceutiques et d'alcool dont l'influence ne fut pas négligeable<sup>4</sup>. Parallèlement, des centaines de milliers de vétérans américains revinrent du Vietnam dépendants à l'opium, le Président R. Nixon lança dans ce contexte : « La guerre contre les drogues » en 1971<sup>3,6</sup>. D'énormes moyens furent déployés pendant des années sans réel succès hormis beaucoup de dégâts matériels et humains<sup>6</sup>. Depuis; un essor important de substances, notamment des centaines de nouveaux produits de synthèse (NPS), déferlent sur les marchés tous les jours avec des consommations qui ne cessent d'évoluer, de se diversifier et de se combiner<sup>7,8</sup>. Ce qui a pu conduire à des situations extrêmes comme nous pouvons encore l'observer aux USA où la crise des opiacés, favorisée par les lobbyings pharmaceutiques, a été déclarée urgence de Santé Publique en 2017<sup>9</sup>.

L'Histoire des drogues se superpose à celle de l'humanité et des civilisations. Les évolutions sociologiques et géopolitiques ont façonné notre rapport aux substances et les critères de légalité de ces dernières<sup>4,10</sup>. Or comme a pu le mettre en évidence l'étude de Nutt et al. en 2010, ces critères de légalité ne sont pas basés sur des critères scientifiques ou de dangerosité. En prenant en compte l'ensemble des dommages individuels et sociétaux causés par chaque substance, l'étude fit ressortir en 1<sup>ere</sup> position l'alcool et en 6<sup>e</sup> position le tabac<sup>11</sup>.

### Pourquoi consomme-t-on ?

Chaque substance psychoactive présente différentes propriétés qui peuvent varier selon la situation. Elles possèdent, à des degrés divers, suivant le produit : un potentiel hédonique (procurer du plaisir), thérapeutique (apaiser une souffrance) et social (faciliter interactions et intégration sociales) qui sont susceptibles de répondre à la recherche du mieux-être du consommateur<sup>10,12</sup>. Elles peuvent également répondre à des codes culturels, à des motivations identitaires, à une recherche d'amélioration des performances ou encore à une recherche spirituelle qui semble être l'essence même des premières consommations et qui perdure à travers les âges et les communautés<sup>10,12</sup>. Ces consommations évoluent toutefois vers un trouble lié à l'usage de substance pour 1 personne sur 10 en moyenne<sup>8</sup>. Le dernier rapport mondial des drogues estime ainsi que 39,5 millions de personnes auraient un trouble lié à l'usage de drogues sur 296 millions de personnes en ayant fait usage en 2021. Cela correspond à une augmentation de 45 % en une

décennie<sup>8</sup>. Nous manquons par contre de vue globale en Belgique.

### Notion d'addiction ou de trouble lié à l'usage de substances (TUS)

Plusieurs modèles pour comprendre le basculement d'un usage plus occasionnel, récréatif, à un usage ayant des conséquences sur la santé ont été réfléchis au cours des siècles, influencés par les évolutions sociétales<sup>3</sup>. La notion actuelle de « trouble lié à l'usage de... » ou d'« assuétudes » -peut ainsi être comprise comme telle si nous le transposons en français: *«L'assuétude est une maladie chronique traitable qui implique des interactions complexes entre les circuits cérébraux, la génétique, l'environnement et les expériences de vie d'un individu. Les personnes souffrant d'assuétudes consomment des substances ou adoptent des comportements qui deviennent compulsifs et se poursuivent souvent en dépit des conséquences néfastes. Les efforts de prévention et les approches thérapeutiques en matière d'assuétudes sont généralement aussi efficaces que ceux déployés pour d'autres maladies chroniques»* (traduction de la définition de l'American Society of Addiction Medicine). Le terme « Assuétude » étant préféré et moins connoté que le terme « Addiction » en français, cf. notre article TUS et langage paru dans ce même numéro<sup>13</sup>.

La notion de « trouble lié à l'usage de substances » comme décrit dans le DSM V va ainsi s'intéresser à une approche dimensionnelle (à travers un continuum de sévérité) et non plus catégorielle du trouble qui opposait « abus » à « dépendance », encore présente dans l'édition précédente<sup>3,12</sup>.

Certains facteurs de risques ou de protection peuvent influencer dans un sens ou dans un autre l'initiation d'une consommation et le basculement potentiel vers un trouble lié à l'usage de substances. Ceux-ci existent à l'échelle de la substance, de l'individu et de son contexte. Ce dernier se situe à la fois aux niveaux familial (dynamique de consommation, psychopathologie, violences intrafamiliales, niveau socio-économique etc.), social (influence par les pairs, représentation des drogues par le groupe social, discrimination, etc.) mais également sociétal (valeurs et normes, conflit et insécurité, accès à des soins de santé, etc.)<sup>14,15</sup>. Ces éléments s'inscrivent dans le modèle trivarié de l'addiction issu de la triade du psychiatre français Claude Olievenstein. Ce dernier, évoquait en 1977 que *« la toxicomanie, c'est la rencontre entre un produit, une personnalité et un moment socio-culturel »* (figure 1).

### Usage de substances et comorbidités

La consommation de substances n'est pas sans conséquences sur la santé. La littérature met en évidence de nombreuses comorbidités psychiatriques et somatiques<sup>7,8,16,17</sup>, avec un recours 2 fois plus fréquent chez le MG et 7 fois plus fréquent chez le psychiatre que la population générale selon une étude belge récente<sup>18</sup>. En effet, des comorbidités psychiatriques (anxio-dépression, PTSD, psychose, TDAH, etc.) sont présentes dans plus de la moitié des



© Eurotox asbl 2020<sup>12</sup>, Fiche Assuétudes FSMBxl/OGGBxl<sup>14</sup>

situations<sup>7,8,17</sup>. Le trouble peut favoriser la prise de substance, parfois à visée d'auto-médication, mais celle-ci peut également l'exacerber ou induire un nouveau trouble<sup>17</sup>.

Au niveau somatique, nous pouvons souligner que le tabac est la premier facteur de risque de morbi-mortalité au monde<sup>19</sup> et l'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200.000 problèmes de santé (infections, pathologies cardiovasculaires, cancers, trauma, etc)<sup>20</sup>. Parmi les personnes qui consomment des substances par injection (estimées à 13,2 millions dans le monde), 50% seraient porteurs.es du virus de l'hépatite C -principal réservoir de la maladie-et 12,1% seraient atteints.es de VIH. Les prévalences sont très variables d'un pays à l'autre selon l'accès à des programmes d'échange de seringues et aux données (~15% pour le VHC en Belgique)<sup>7</sup>. Le taux de mortalité est bien supérieur chez les personnes avec TUS que dans la population générale et l'espérance de vie pour cette population, dû au cumul de risques médico-psycho-sociaux et aux barrières à l'accès aux soins, est en moyenne réduite de 20 ans<sup>21</sup>. Pour les substances illicites, la plus grande cause de morbi-mortalité est attribuable aux opiacés mais le caractère illégal des substances y contribue également<sup>7,8,21</sup>. Les personnes qui consomment ces substances peuvent se retrouver avec des dosages ou des mélanges de substances non anticipées favorisant des overdoses accidentelles ou être confrontés.es à des « produits de coupe » -càd des produits qui vont être ajoutés aux substances pour les alourdir et améliorer le rendement- particulièrement dommageables (talc, microbilles, produit lessive, etc.)<sup>7,8,21</sup>.

Avec le temps, les usages ont évolué vers de plus en plus de poly-consommations, notamment d'usage détourné de psychotropes, ce qui favorise des prises en charge parfois plus complexes, des potentialisations ou des interactions entre substances qui peuvent augmenter les risques sanitaires comme par exemple une augmentation du risque de dépression respiratoire<sup>7,8,21</sup>.

### Rôle des médecins généralistes (MG)

De par son approche qui répond adéquatement au modèle biopsychosocial préconisé actuellement pour les addictions, le/la MG est la personne appropriée pour prendre en charge ces patient.es dans une vision globale de santé<sup>22-24</sup>. Il est en effet plus sensible aux déterminants sociaux de la santé que d'autres médecins et est capable de prendre en charge toutes les pathologies chroniques associées<sup>22</sup>. Son rôle dans la continuité et la coordination des soins est également crucial face à des situations cliniques complexes, qui se déploient dans la durée et qui nécessitent un accompagnement multidisciplinaire<sup>22-25</sup>.

### Prévention, dépistage et Réduction des risques et des dommages

Des études en Belgique<sup>26-28</sup> ont montré qu'il existe un gradient chez les MG dans le dépistage des consommations allant des substances avec lesquelles ils sont le plus à l'aise, les mieux formés.es, càd les substances licites (tabac, alcool, psychotropes) aux substances les moins enseignées, càd les substances illicites<sup>26,27</sup>. Un autre élément qui peut se surajouter, mis en évidence dans l'étude qualitative de Ketterer et al. en 2014, est que certains.es MG se sentent moins enclins à soigner les personnes qui consomment des substances illicites car ils les considèrent comme responsables de leur situation<sup>28</sup>. Cela s'ancre dans un contexte de stigmatisation plus général que nous avons bien étayé dans notre article sur le langage de l'addiction dans ce même numéro<sup>13</sup>.

Pourtant, les MG peuvent jouer un rôle essentiel en termes de prévention et de dépistage ou de repérage précoce des consommations et des conduites addictives avant qu'elles ne se péjorent<sup>24</sup>. Il est important de pouvoir aborder la question sans tabou ni jugement. Face à de nouveaux patient.es, lors de moments de fragilité (adolescence, grossesse, incarcération, troubles de santé mentale) ou face à un changement de traitement. D'autant plus, s'il y a des indicateurs sociaux, financiers, biologiques et physiques alertant. Des questions simples, validées dans la littérature<sup>24</sup>, permettent de faire un premier screening : « **Est-ce que cela vous arrive de fumer? Ou de consommer des boissons alcoolisées? D'autres substances? Combien de fois avez-vous utilisé une substance autre que l'alcool depuis 1 an?** ». Questions qui trop souvent se limitent à l'alcool et au tabac<sup>26,27</sup> et sont figées dans le temps, or elles devraient être posées chez toutes les patient.es au moins une fois par an<sup>24</sup>.

Des questionnaires peuvent être utiles pour affiner le dépistage et aider à poser un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances. Il existe des questionnaires spécifiques à certaines substances comme l'AUDIT/AUDIT-C pour l'Alcool ou le CAST pour le Cannabis (<https://www.respadd.org>) ou avec un abord plus général comme l'ASSIST, validé par l'OMS qui dépiste 9 substances (<https://pro.addictohug.ch/assist/>).



Selon le niveau de consommation, différentes stratégies peuvent être mises en place comme nous pouvons le voir sur la figure 2.

A noter que la réduction des risques et des dommages (RdRD) -qui peut se décliner sous plusieurs formes (testing de substances, relogement, accès à du matériel stérile, etc)- est une stratégie de Santé Publique qui a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que cet usage peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir de consommer<sup>29</sup>.

### Poser un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances

Pour poser un diagnostic de TUS, nous pouvons nous référer au DSM V. Le TUS modéré fait référence à la présence de 2-3 critères et le TUS sévère à plus de 4 critères sur les 11 repris tels le phénomène de tolérance, de sevrage, de poursuite des activités malgré les conséquences négatives sur les différentes sphères de vie<sup>30</sup>. Il est toujours important lors de l'élaboration d'un diagnostic de bien le contextualiser pour mieux comprendre ce qui sous-tend la consommation et le trouble lié à celle-ci en prenant le temps de faire une anamnèse détaillée dans une perspective bio-psycho-sociale (à l'aide du modèle trivarié).

### Dépister et diagnostiquer les comorbidités

Les consultations sont souvent envahies par les aspects psychosociaux ou les discussions autour de la gestion de la médication. La littérature met en avant également que les programmes de prévention des autres pathologies atteignent difficilement ces publics<sup>31</sup>. Pourtant, le corps de ces personnes est

souvent malmené et rejeté. Il est nécessaire de signifier à ces patient.es, notre intérêt pour leur santé globale. Il est important de toucher, palper, sentir...d'autant plus que toutes les sphères sont touchées par les consommations.

Ci-après, nous allons faire une synthèse non exhaustive des comorbidités associées aux TUS :

Premièrement, il est important de pouvoir dépister et diagnostiquer des pathologies de santé mentale qui pourraient être masquées ou favorisées par les consommations.

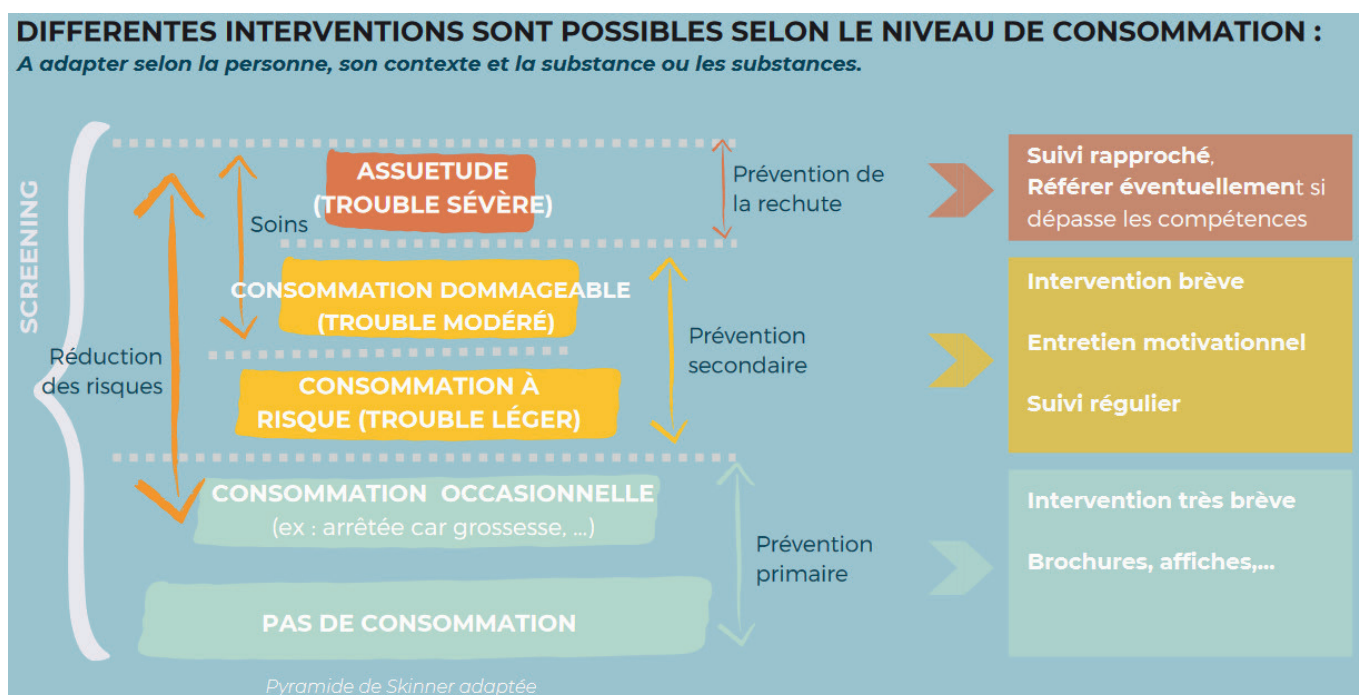
Il faut ensuite s'intéresser au corps physique et **peser** les patient.es. Ceux-ci peuvent, dans des moments de consommation intensive, ne pas s'alimenter de manière suffisante ou adéquate et être à risque de dénutrition. L'alcool est quant à lui, connu pour augmenter le risque de malnutrition<sup>32</sup>.

Au niveau des différentes sphères :

- **Sphère cérébrale** : la neurotoxicité de l'alcool est bien documentée en prise aiguë, subaiguë (Syndrome de Wernicke) et prise chronique (altération du contrôle des émotions, de la prise de décision, du sommeil, Maladie de Korsakoff)<sup>33</sup>. Le cannabis peut également avoir des conséquences en termes d'altération cognitive et de diminution du QI<sup>34</sup>.
- **Sphère ORL** : des conséquences sur la sphère buccale sont présentes avec la majorité des substances, car celles-ci favorisent une hyposialorrhée voire une xérostomie propices à diverses complications (mycoses buccales, ulcérations, aphtes, caries, etc)<sup>35,36</sup>. On retrouve également un risque augmenté de cancer oro-pharyngé dans les

Figure 2

Pyramide de Skinner adaptée par l'auteurice.



TUS : trouble lié à l'usage de substances (© Fiche Assuétudes FSMBxl/OGGBxl<sup>14</sup>)

consommations de tabac, alcool et cannabis. Du bruxisme et des dysfonctionnements temporo-mandibulaires sont également présents lors d'utilisation d'amphétamines, de MDMA et de cocaïne. Outre les substances en elles-mêmes, l'état buccal peut être impacté par le type de consommation (fumette ou application locale), une mauvaise hygiène buccale et des poly-consommations. Les pathologies bucco-dentaires entraînent fréquemment des difficultés de mastication, d'élocution ainsi qu'une détérioration de l'apparence physique qui ont un impact non négligeable sur l'estime de soi et l'image de soi des personnes avec TUS<sup>36</sup>. De ce fait, la réhabilitation buccale est souvent une étape importante du processus de rétablissement. Des épistaxis et des perforations de la cloison nasale peuvent également être présentes lors d'administration de substances via sniff (ex : cocaïne)<sup>35,36</sup>.

- **Sphère broncho-pulmonaire** : l'association entre consommation de tabac, BPCO et cancer bronchique n'est plus à démontrer, contrairement à la fumée inhalée du cannabis dont l'association n'est pas claire à l'heure actuelle<sup>37</sup>. La cocaïne peut également conduire à toute une série de complications au niveau alvéolaire, interstitiel, vasculaire et barotraumatique<sup>38</sup>. Les fumeurs de pipe à crack, sont eux, susceptibles de développer un « poumon de crack » (~pneumonie avec hémoptysies qui peut apparaître 48h après la consommation)<sup>38</sup>. Il ne faut pas négliger non plus les risques de granulomatose voire de fibrose liées aux produits de coupe<sup>38</sup>. Il y a également un risque augmenté de tuberculose lié aux conditions de vie (rue, squat, prison, migration...) ou à un VIH sous-jacent<sup>7,8</sup>.
- **Sphère cardio-vasculaire** : mis à part les facteurs CV bien connus que sont le tabac et l'alcool, les personnes consommant de la cocaïne (ou autres psychostimulants) sont plus à risque d'infarctus du myocarde, d'AVC thrombotique et hémorragique ou encore d'arythmies ventriculaires<sup>39</sup>.

Lors d'injection de substances, il y a un risque d'endocardite, de thromboses veineuses et artérielles mais également d'embolies gazeuses, septiques ou mycotiques, et de corps étrangers dû aux produits de coupe et aux conditions d'hygiène<sup>39</sup>.

- **Sphère digestive et hépatique** : l'alcool est particulièrement nocif au niveau du système digestif avec des risques d'œsophagite, d'ulcère gastro-œsophagien, de maladies inflammatoires de l'intestin, de pancréatite, d'hépatite alcoolique, de cirrhose et de cancer digestif et hépatique<sup>40</sup>. Les infections à hépatite virale B et C liées à du matériel de consommation non stérile, qui se sont chroniciser, peuvent également donner lieu à une cirrhose et à un hépatocarcinome dans 2-5% des cas par an (risque plus important que pour l'alcool)<sup>41</sup>.
- **Sphère dermatologique** : ulcérations, abcès et cellulites sont très fréquents chez les personnes qui s'injectent, dû au matériel d'injection mal utilisé ou non stérile et aux produits de coupe. Cela peut conduire à des formes extensives telles des fasciites nécrosantes, des gangrènes ou encore un syndrome de loges<sup>42</sup>.
- **Sphère urologique, sexuelle et affective** : la ketamine est associée à des atteintes de la sphère uro-néphrologique reprises sous le terme « Ketamine Bladder Syndrome » impliquant cystite, ulcération, incontinence, hydronéphrose, etc<sup>43</sup>. Les opiacés, quant à eux, peuvent induire un hypogonadisme hypogonadotrope se manifestant par des dysfonctions érectiles, des troubles de la libido ainsi que des aménorrhées secondaires chez les femmes. Ces troubles peuvent donner la fausse-croyance d'être stérile. Les sécheresses vaginales augmentent également le risque de grossesses non planifiées et d'IST par rupture du préservatif<sup>44</sup>.

*Rem : La consommation de substances pendant la grossesse peut conduire à de nombreuses complications qui ne seront pas abordées ici.*

Les différents éléments pré-cités et conduites à tenir ont été résumés dans le tableau suivant :

Tableau 1

*Synthèse du bilan de soins chez les patient.es avec TUS*

Anamnèse	Examen physique	Examens complémentaires
Histoire personnelle	Examen bucco-dentaire (surtout chez usagers de cocaïne et opiacés, usage en fumette)	Si doute partagé par le/la médecin et par le/la patient.e sur les produits consommés, un examen d'urine peut être indiqué
Environnement, milieu, conditions de vie, antécédents judiciaires	Examen cardio-vasculaire, respiratoire, hépatique	Screening de trouble de santé mentale adapté (Echelle d'Hamilton, PHQ9, PTSD,...)
Histoire de la consommation : - Age du début - Effets recherchés - Fréquence et quantité - Mode de consommation - Dépenses - Situations à risques rencontrées (consommation, IST) - antécédents d'overdose et accidents - Poly-consommation à rechercher systématiquement	Selon le mode de consommation : En cas d'injection : faites un examen dermatologique En cas de sniff : faites un examen ORL	Dépistage IST : VIH, Hépatites B et C  Alcool : Bilan hépatique
Histoire du soin et stratégies mises en place pour réduire, arrêter ou réguler la consommation ou ses risques	Suivi du poids = meilleur marqueur de rechute	- Fumeurs : Bilan BPCO - Dépistage Tuberculose si indiqué
Position dans le cycle du changement		ECG si risque d'allongement QT (cocaïne, méthadone), à faire d'office si méthadone > 100 mg
Comorbidités psychiatriques		Envisager un bilan neuro-cognitif si prise prolongée d'alcool/cannabis/benzodiazépines
Comorbidités somatiques (explorer toutes les sphères)		

*Livret 5 Eurotox 2020 adaptée par l'autrice<sup>12</sup>*

## Accompagner le trouble lié à l'usage de substances

### Approche non médicamenteuse :

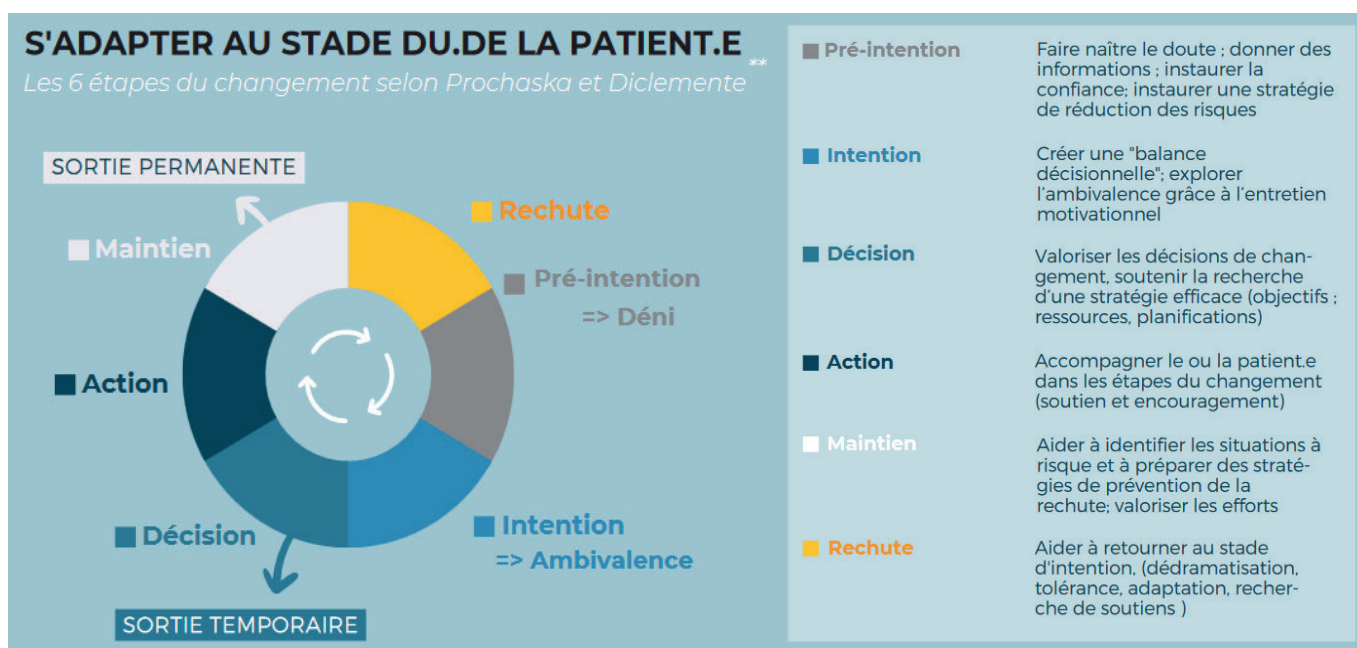
**Le principal outil de travail dans ces situations, c'est la relation de soins.** Il est donc essentiel d'adopter une attitude d'ouverture et de non jugement autant que possible pour favoriser l'alliance thérapeutique<sup>12</sup>.

La première consultation est fondamentale. Elle va poser les bases de la relation pour la suite. Il n'y a pas d'urgence à prescrire mais urgence à accueillir correctement. C'est une étape difficile pour le/la patient.e que d'entamer une démarche de soin dans un contexte de stigmatisation important. Pouvoir

croire aux capacités de changement de la personne tout en respectant son rythme est essentiel. Pour ce faire, il faut s'adapter au stade du ou de la patient.e en se référant au modèle transthéorique ou cycle du changement élaboré par J. Prochaska et C. Diclemente en 1992<sup>45</sup>. Il est nécessaire de prendre le temps d'explorer l'IPA (idées, préoccupations et attentes) du ou de la patient.e par rapport à sa situation et d'adopter une approche orientée sur ses objectifs de vie dans une vision de rétablissement (c.-à-d. la capacité à avoir une vie autonome et digne malgré les empêchements provoqués par la maladie) plutôt que de guérison (c.-à-d. la disparition de la maladie)<sup>46</sup>.

Figure 3

### Cycle du changement selon Prochaska et Diclemente et attitudes à adopter



(© Eurotox asbl 2020<sup>12</sup>, Fiche Assuétudes FSMBxl/OGGBxl<sup>14</sup>)

Plusieurs méthodes sont à portée de main des médecins généralistes :

- **L'intervention très brève** qui consiste à régulièrement poser la question suivante : **Avez-vous déjà pensé à arrêter ou diminuer votre consommation de ... ?** Et à adapter son attitude en fonction d'où en est la personne dans le cycle du changement<sup>24</sup>.
- **L'intervention brève** qui, combinée au repérage précoce, a largement montré son efficacité<sup>24, 47</sup>. Il s'agit d'une intervention d'une dizaine de minutes qui permet d'aider la personne à prendre conscience de son problème de consommation et d'augmenter sa motivation à changer de comportement. (Voir <https://www.respadd.org>).
- **L'entretien motivationnel** est une technique développée dans les années 80 par les psychologues Miller et Rollnick<sup>48</sup> pour l'accompagnement de conduites addictives. Son but est de favoriser une

divergence chez le patient.e entre son comportement actuel et ses valeurs de références ou ses objectifs plus généraux. Il respecte l'autonomie des individus et leur liberté de choix<sup>48</sup>. Les preuves de son efficacité sont de qualité modérée<sup>49</sup>. (Voir <https://afdem.org/>).

Selon la situation, d'autres thérapies non médicamenteuses sont aussi possibles et ont fait leur preuve, telles les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dont le management des contingences, les psychothérapies systémiques, les groupes de pairs<sup>12,50</sup>. D'autres pistes comme la stimulation transcrânienne magnétique ou à courant direct sont en cours d'étude<sup>50</sup>.

### Approche médicamenteuse

Les médicaments ne sont qu'une **partie limitée** de la prise en charge, de manière combinée à un accompa-

gnement et un soutien appropriés au niveau psychosocial. Les traitements qui sont basés sur des preuves scientifiques solides à l'heure actuelle sont repris dans le tableau 2<sup>12,50</sup>.

Il est important parallèlement de prendre en charge les différentes comorbidités psychiatriques et somatiques dans une vision globale de la santé en tenant compte des personnes à besoins de santé spéci-

fiques (genre féminin, minorités sexuelles et de genre, populations issues de l'immigration, population en situation de sans-logement, etc.). Cette approche conduit à travailler de manière multidisciplinaire et en étroite collaboration avec le réseau. Pour ce faire, il existe des réseaux d'appui aux MG à Bruxelles (Resad asbl) et en Wallonie (Réseau Alto) qui peuvent être de précieuses ressources.

## Tableau 2

### Traitements médicamenteux d'un trouble lié à l'usage de substances<sup>12,50</sup>

**Tabac : substitution nicotinique, bupropione Zyban<sup>®</sup>, nortriptiline Nortrilen<sup>®</sup>, Varenicline Champix<sup>®</sup>**

**Alcool :**

- médicaments visant la diminution de consommation : **Nalméfène Selincro<sup>®</sup>**
- médicaments visant l'abstinence : **Acamprosate Camprat<sup>®</sup>**
- sevrage : **Diazépam Valium<sup>®</sup>** (si cirrhotique ou personnes âgées : **Oxazepam Seresta<sup>®</sup>**)

**Benzodiazépine :** Shift vers benzodiazépine de + longue durée d'action (calcul en équivalent diazepam → dégressive, possibilité de magistrale)

**Héroïne :** traitement agoniste aux opiacés : **méthadone** (magistrale), **buprénorphine (+/-) naloxone Subutex ou Buvidal<sup>®</sup>** (inj.)/**Suboxone<sup>®</sup>, Libroxar<sup>®</sup>**

**Cannabis, Cocaïne, Ketamine, autres substances :** pas de substitut validé, prendre en compte le modèle trivarié

## CONCLUSIONS (TABLEAU 3)

Comme nous avons pu l'exposer dans cet article, les patient.es ayant un trouble lié à l'usage de substances cumulent généralement différentes vulnérabilités au niveau biopsychosocial et parfois différentes substances qu'il est nécessaire d'analyser de manière globale à l'aide du modèle trivarié. Les médecins généralistes sont des personnes-clé pour ces patient.es notamment en termes de prévention et de repérage précoce. Il est essentiel de pouvoir accueillir ces personnes au même titre que les autres patient.es tout en reconnaissant ses limites. La trajectoire de vie d'une personne avec TUS n'est pas linéaire, elle peut parfois même être chaotique ; il faut accepter humblement que nous sommes un.e intervenant.e dans leur parcours de soins. Pour finir, il est important de se rappeler qu'on soigne avant tout : un.e individu.e dans toutes ses dimensions (pas uniquement son TUS), ses ambivalences, sa complexité et que les profils d'usage sont variés et évolutifs. Pour que ces suivis se passent au mieux, il faut croire en la capacité de changement de la personne tout en respectant son rythme, mais également envisager que la personne ne guérira pas dans certaines situations. En effet, adopter comme philosophie de soins, le « care » (accompagner) dans une vision de rétablissement en pouvant l'articuler avec le « cure » (guérir) est une étape décisive pour gagner en satisfaction dans le soin et mieux accompagner ces patient.es. Tout comme il est souvent bénéfique de pouvoir échanger autour de ces situations dans le cadre de supervisions et d'intervisions.

**Conflits d'intérêt : néant.**



- Adopter une approche humaine et empathique (requiert flexibilité et adaptabilité)
- Bien réfléchir et remettre régulièrement en question son cadre et ses balises
- Partir des besoins du patient.e (IPA) et de ses objectifs de vie dans une vision de rétablissement (goal oriented-care)
- Approcher le/la patient.e dans sa globalité biopsychosociale en intégrant également la prévention au sens large et la réduction des risques et des dommages des consommations
- Adopter une approche multidimensionnelle de l'addiction surtout au vu des poly-consommations (éviter de substituer une addiction par une autre, ex. substance illicite par substance licite)
- Favoriser un accompagnement multidisciplinaire (médecins, psychologue, assistant.e social, pharmacien.ne, dentiste, accompagnateur/riche de rue...) en partant des besoins du ou de la patient.e
- Se former en addictologie mais plus largement à la santé mentale, aux techniques de communication et à la collaboration interprofessionnelle
- Intégrer un réseau de MG (Résad/Réseau Alto) et participer à des supervisions et des interventions

## BIBLIOGRAPHIE

1. Wang J, & Liu . Introduction: Alcohol, rituals, and politics in the ancient world. *Journal of Anthropological Archaeology*, 2022,65 : 101-397
2. Liu L, Wang J, Rosenberg D, Zhao H, Lengyel G, Nadel D. Fermented beverage and food storage in 13,000 y-old stone mortars at Raqefet Cave, Israel: Investigating Natufian ritual feasting. *Journal of Archaeological Science: Reports*, 2018,21: 783-793
3. Dupont JC & Naassila M. Une brève histoire de l'addiction. *Alcoologie et Addictologie*. 2016; 38 (2) : 93-102
4. Beauchesne L. Les coûts cachés de la prohibition, Bayard Editions. Paris. 2021.
5. ONUDC Convention narcotiques. (Consulté le 30/06/2023). [Internet]. [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_fr.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_fr.pdf)
6. Rapport commission globale des drogues 2011. (Consulté le 30/06/2023). [Internet]. [https://www.grea.ch/sites/default/files/global\\_commission\\_report-french.pdf](https://www.grea.ch/sites/default/files/global_commission_report-french.pdf)
7. Observatoire Européen Drogues et Toxicomanies (OEDT/EMDCDDA). (Consulté le 28/06/2023). [Internet]. Rapport Européen Drogues 2023. [http://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en)
8. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. (Consulté le 29/06/2023). World Drug Report 2023. World Drug Report 2023: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
9. La revue Prescrire. Dépendance aux médicaments opioïdes aux Etats-Unis, une énorme épidémie mortelle par surdose. *La revue Prescrire* août 2017; 37(406)
10. Morel A, Couteron J-P, Fouilland P. L'Aide-mémoire d'addictologie en 46 notions. Paris. Editions Dunod. 2010,
11. Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010 Nov 6;376(9752):1558-65
12. Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et ç Bruxelles (Eurotox asbl). Livret thématique 5 sur les bonnes pratiques d'aide et de soins. 3<sup>e</sup> édition. Décembre 2020
13. Richelle L, Huberland V, Nouwynck S, Cardon P. Troubles liés à l'usage de substances: langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas. *Rev Med Brux*. 2023;44(4):371-377.
14. Fiche assuétudes FSMBxl/GGZBxl : <https://dmgulb.be/aide-a-la-pratique/#assuétudes-> pas encore sur le site>
15. Stevenot C. Pourquoi sommes-nous inégaux face aux risques liés aux drogues? Prospective Jeunesse *Revue* n°82, Juillet 2018
16. O'Toole J, Hambly R, Cox AM, O'Shea B, Darker C. Methadone-maintained patients in primary care have higher rates of chronic disease and multimorbidity, and use health services more intensively than matched controls. *Eur J Gen Pract*. 2014 Dec;20(4):275-80
17. Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A; psyCoBarcelona Group. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Jan 15;113(2-3):147-56
18. Van Baelen L, Plettinckx E, Antoine J, De Ridder K, Devleeschauwer B, Gremeaux L. Use of health care services by people with substance use disorders in Belgium: a register-based cohort study. *Arch Public Health*. 2021 Jun 23;79(1):112
19. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1223-1249
20. Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO). (Consulté le 10/07/2023). Fact Sheets Alcohol. [Internet]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
21. Observatoire Européen Drogues et Toxicomanies (OEDT/EMDCDDA). Consulté le 29/06/2023. [Internet]. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/meeting-reports-and-conference-proceedings/drug-related-deaths-and-mortality-europe\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/meeting-reports-and-conference-proceedings/drug-related-deaths-and-mortality-europe_en)
22. Rowe TA, Jacapraro JS, Rastegar DA. Entry into primary care-based buprenorphine treatment is associated with identification and treatment of other chronic medical problems. *Addict Sci Clin Pract*. 2012;7:22
23. Fox AD, Masyukova M, Cunningham CO. Optimizing psychosocial support during office-based buprenorphine treatment in primary care: Patients' experiences and preferences. *Subst Abus*. 2016;37(1):70-5
24. Haute Autorité de Santé France. (Consulté le 27/06/2023). RPIB. [Internet]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte 0985-017-0077-0](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte 0985-017-0077-0)
25. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, Heisler M, Chopra V, Bohnert A. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. *PLoS One*. 2017 Oct 17;12(10):e0186315. doi: 10.1371/journal.pone.0186315
26. Hoffman A. L'accompagnement des usagers de drogues par les Médecins généralistes. 15 ans après...Santé conjugué n°46. *Fédérations des Maisons Médicales*. 2008; 46.

27. Servais L. La réduction des risques liés à l'usage des drogues. Travail de fin d'études en vue de l'obtention du master en médecine, Faculté de Médecine, ULB. 2018-2019.
28. Ketterer F, Symons L, Lambrechts M-C, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract*. 2014;15:119
29. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Reuel Friedman M, Tula M, Kinsky S. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J*. 2017 Oct 24;14(1):70
30. Critères DSMV en Français. (Consultation 07/07/2023). [Internet]. <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
31. Morrison-Griffiths S, Gaulton L. Seasonal influenza immunization program outside general practice: An evaluation. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2016;12(1):248-51
32. Gray R, Kouadio A, Daepfen J. Troubles de l'utilisation d'alcool et malnutrition. *Rev Med Suisse* 2019 :654 (Vol.5), p. 1177-1180
33. Sullivan EV, Harris RA, Pfefferbaum A. Alcohol's Effects on Brain and Behavior. *Alcohol Res Health*. 2010;33(1-2):127-143
34. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*. 2014 Jun 5;370(23):2219-27
35. Teoh L, Moses G, McCullough MJ. Oral manifestations of illicit drug use. *Aust Dent J*. 2019 Sep;64(3):213-222
36. Informations pour Dentistes sur les addictions, (Consulté le 02/07/2023). [Internet]. [http://www.infosdentistesaddictions.org/prejudice\\_esthetique.html](http://www.infosdentistesaddictions.org/prejudice_esthetique.html)
37. Tashkin DP, Roth MD. Pulmonary effects of inhaled cannabis smoke. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(6):596-609. doi: 10.1080/00952990.2019.1627366. Epub 2019 Jul 12. PMID: 31298945
38. Udermer M, Peiffer G, Perriot J, Jaafari N. Complications pulmonaires chez les consommateurs de cocaïne [Pulmonary complications in cocaine users]. *Rev Mal Respir*. 2020 Jan;37(1):45-59. French.
39. Kim ST, Park T. Acute and Chronic Effects of Cocaine on Cardiovascular Health. *Int J Mol Sci*. 2019 Jan 29;20(3):584
40. Alcohol and the Digestive System. (Consulté le 02/07/2023). [Internet]. <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/alcoholic-gastritis>
41. Yang JD, Hainaut P, Gores GJ, Amadou A, Plymoth A, Roberts LR. A global view of hepatocellular carcinoma: trends, risk, prevention and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019 Oct;16(10):589-604.
42. Hennings C, Miller J. Illicit drugs: What dermatologists need to know. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Jul;69(1):135-42. doi: 10.1016/j.jaad.2012.12.968. Epub 2013 Feb 8. PMID: 23399461.
43. Pappachan JM, Raj B, Thomas S, Hanna FW. Multiorgan dysfunction related to chronic ketamine abuse. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2014 Jul;27(3):223-5.
44. Wehbeh L, Dobs AS. Opioids and the Hypothalamic-Pituitary-Gonadal (HPG) Axis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020 Sep 1;105(9):dgaa417. doi: 10.1210/clinem/dgaa417. PMID: 32770254.
45. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992 Sep;47(9):1102-14
46. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, Perkins R, Shepherd G, Tse S, Whitley R. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014 Feb;13(1):12-20.
47. Bray JW, Del Boca FK, McRee BG, Hayashi SW, Babor TF. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): rationale, program overview and cross-site evaluation. *Addiction*. 2017 Feb;112 Suppl 2:3-11. doi: 10.1111/add.13676. PMID: 28074566.
48. Miller WR et Rollnick S (traduction française) "L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement". InterEditions-Dunod, Paris. 2006.
49. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 2018 Oct 18;13(10)
50. Volkow ND. Personalizing the Treatment of Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*. 2020 Feb 1;177(2):113-116

Travail reçu le 7 juillet 2023 ; accepté dans sa version définitive le 12 juillet 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

L. RICHELLE

Faculté de Médecine - Département de médecine générale  
Unité de Recherche en Soins primaires (ULB)  
Route de Lennik 808/CP 612 - 1070 Bruxelles  
E-mail : lou.richelle@ulb.be