

Les extrémités de la courbe de Gauss,

Quelques cas clinique de traitement des addictions en médecine libérale

Philippe Grunberg, Bruno Journe, médecins généralistes et addictologues

Pour rejoindre le e-group médecine générale addiction (MGAddiction) il suffit d'envoyer un courrier électronique au docteur Magnin : magninc@wanadoo.fr

Le concept de « courbe de gauss », dans ce cadre appartient au docteur Jean Carpentier. Dans les années 80, Jean Carpentier et Clarisse Boisseau, dans leur cabinet du quartier Aligre à Paris (proche des squats de la gare de Lyon) ont initié des traitements de substitution aux opiacés, en suivant l'expérience de quelques centres étrangers. Leurs prescriptions hors des normes ont inquiété la justice, c'est avec cet argument des extrêmes de la courbe de gauss que Jean Carpentier a eu gain de cause et a pu continuer à sauver des vies (à cette époque il y avait quelques dizaines de "places de Méthadone" en France et la distribution de seringues était interdite). Dans les années 90, les années "Sida", les extrémités de la courbe étaient violentes, ces drames ont rapidement conduit des médecins à se former à traiter les addictions, en travaillant activement en réseau. Le nombre de médecins impliqués et l'évidence des bénéfices ont rapidement changé les orientations politiques et sanitaires. Dans les années 14 (2014)... les politiques ont suivi... Non ! 25 années de pratique de l'addictologie ont fait évoluer les compétences de ceux qui s'y confrontent tous les jours. De toute évidence, les lobbies "addictogènes" ont davantage de pouvoir que ceux qui soignent et lancent des alertes. En médecine, le domaine qui nous concerne, l'addictologie n'a pas la place ni les moyens convenants au problème sanitaire qu'elle représente. Echanger nos expériences et travailler en réseau a encore un sens, c'est une nécessité de soutien de décisions et de formations. Notre atelier en est le résultat, en même temps un appel à persévérer et à réclamer quelques moyens.

MG addiction est actuellement un "e-group" un réseau de médecins en France, qui communiquent par courriers électroniques diffusés à tous, accessibles sur simple inscription. C'est un échange sur les pratiques, des informations ou des précisions autour des addictions. Le flux des échanges est quotidien ou hebdomadaire, libre.

"Les cas" sont tous des situations complexes et diverses, de consommation d'alcool en quantité difficilement concevable, par des jeunes, l'absorption de médicaments en quantité gigantesque, pour des effets non répertoriés dans les notices, et aussi les complications administratives des assurances, les problématiques sociales.

Cette médecine est celle du quotidien, d'un accès direct et simple pour les personnes à la recherche d'un soulagement ou d'une satisfaction, elle pose la condition du passage du besoin à celui d'un traitement organisé et suivi. Ce que l'on appelle alliance thérapeutique. C'est une médecine ouverte aux collatéraux, aux familles et accompagnants, victimes, alliés ou provocateurs de comportements inadaptés à la société ou à la santé. C'est la "médecine de famille".

Cette médecine s'inscrit dans la durée, des ascendants aux descendants, elle rencontre les causes, les pathologies psychiques, la grande fréquence des traumatismes et violences, aussi d'ordres sexuels. C'est enfin la maladie psychiatrique masquée ou volontairement cachée par la toxicomanie, des troubles de l'humeur à la bipolarité et différents niveaux de la schizophrénie.

Il faut souligner que ces "cas" sont des histoires intimes et confidentielles, elles ne peuvent être partagées que dans un cadre professionnel d'échanges de pratiques ou de formation, en masquant les identités et en préservant la confidentialité.

Parmi les situations dont nous avons discuté, il y a celle du Zolpidem (Stilnox) un médicament présenté comme un somnifère "léger" et non addictif et différent des benzodiazépines. En réalité, ce Zolpidem induit des états dissociés de la réalité, un intermédiaire entre la veille et le sommeil, ils sont dans ce cas consommés en quantité avec une grande addiction. Il y a ces consommations de sulfate de morphine en grande quantité (Skénan) qui posent des problèmes aux médecins conseils et perturbent un relatif confort. Il y a enfin ces situations, où après la demande de soulagement d'une dépendance apparaissent des traumatismes. Ces situations apparaissent quand on leur donne une place, c'est un début de la thérapeutique.

Suite de traumatismes : 1200 mg de sulfate de morphine,

Il s'agit d'une mère d'un enfant de 15 ans, lorsque sa fille avait 1 an, sous psychotropes, elle s'est jetée du 5^e étage, multiples fractures, 2 ans dans les hôpitaux, traitement morphinique antalgique puis codéine. Sortie, la codéine ne suffit plus, elle rencontre un médecin prescripteur de Skénan (sulfate de morphine en gélules à libération prolongée, qui a l'inconvénient de créer une accoutumance), d'abord 600 mg par jour, posologie augmentée, au fil des différentes interventions d'orthopédie jusqu'à 1200 mg/j. Ce médecin interrompt son activité, elle continue sa consommation en consultant plusieurs prescripteurs, pendant dix ans. Tentative de passage à la Méthadone, lors d'une hospitalisation pour une infection, la tolérance est mauvaise : vomissements, somnolences, malaise. A la sortie elle reprend ses consommations de Skénan.

Un médecin addictologue, pour lui assurer un confort de vie acceptable avec les graves séquelles de ses traumatismes prescrit 1200 mg de Skénan. Malgré ses tentatives il ne réussit pas à diminuer la posologie et fini par renoncer à la diminuer car d'après lui, « elle n'allait pas si mal compte tenu de son passé perturbé » : elle a en effet pu rester autonome et a récupéré sa fille placée pendant sa convalescence.

Les prescriptions recentrées sur un seul prescripteur, il apparaît au contrôle médical qu'elles sont « hors AMM » alors que le médecin traitant pense assurer un suivi de réduction des risques cohérent. 2 pertes de carte vitale en 6 ans contribuent aussi à éveiller les soupçons du contrôle médical de la Caisse.

Un refus de prise en charge est notifié et un protocole est établi entre le médecin conseil et le centre antidouleur de l'hôpital voisin : sevrage complet sur 12 semaines à raison d'une diminution de 100 mg par semaine. Dès la 1^{ère} semaine la patiente montre une intolérance flagrante à la diminution des doses et consulte au CSAPA local. Après discussion avec le médecin du centre antidouleur, nous convenons que le problème relève davantage de l'addictologie que de la douleur et nous acceptons le relais de la prise en charge.

Prise en charge actuelle

La patiente refusait la prescription de Méthadone pour 2 raisons :

- L'expérience malheureuse de la tentative de passage à la Méthadone sirop marquée par des effets secondaires : vomissement, somnolence, malaise général,
- L'image de toxicomane associée à la Méthadone dans laquelle elle ne se reconnaît pas.

Malgré son opposition catégorique, en l'absence d'alternative nous lui prescrivons de la Méthadone à 100 mg par jour en gélules (d'emblée après un test urinaire positif aux opiacés) distribuée au centre. Après 2 jours sans troubles, elle revient en décrivant les mêmes troubles qu'elle attribue à la Méthadone : nausées, vomissement incoercibles, somnolence. Elle est très anxieuse et revendique son statut d'handicapée qui se débrouillait très bien avant et que cette « histoire » rend malade. Elle rachète du Skénan de rue qu'elle complète avec 40 mg de Méthadone.

La première étape est d'établir une alliance thérapeutique avec cette patiente revendicatrice sur une décision administrative qu'elle subit comme injuste. Nous avons réussi à lui faire admettre le problème d'addiction aux opiacés de prescription non conforme et la nécessité d'obtenir un arrêt à moyen terme de la prise de sulfates de morphine.

La 2^e étape a été de proposer un suivi psychologique. Cette jeune femme qui présente un passé dramatique, déjà perturbé avant son traumatisme, n'a jamais bénéficié de soutien psychologique. Ne lui a-t-il jamais été proposé ? A-t-elle toujours décliné l'invitation ? Depuis sa prise en charge, elle se rend régulièrement au RDV de la psychologue du service.

Les infirmières qui distribuent la Méthadone font également un travail de soutien psychologique et de parole. Nous lui avons proposé un travail sur le corps avec un professeur de yoga afin de réduire les tensions musculaires liées aux déséquilibres de son corps.

Tout cela se fait au sein de l'équipe du CSAPA, dans un même lieu.

Protocole médicamenteux

Il s'agit d'une dépendance majeure aux opiacés à la suite d'un traitement antalgique par le sulfate de morphine prescrit. Il est illusoire d'obtenir un sevrage des opiacés sur une période brève, l'imprégnation opiacée date de plus de 10 ans. L'attitude licite est un traitement de substitution reposant sur la Buprénorphine HD ou la Méthadone. Les doses importantes de départ font préférer la Méthadone à la BHD.

Nous proposons donc le protocole suivant ou nous privilégions la simplicité :

- substitution progressive du Skénan par la Méthadone par pallier de 15 jours
- pallier de 100 mg de Skénan remplacés par 10 mg de Méthadone

- adaptation de la posologie de Méthadone à la clinique à la recherche de signes de surdosage, sous dosage ou d'intolérance.
- Le Skénan sera délivré à la pharmacie Z, pris en charge par la CPAM sous réserve de respect du protocole.
- la Méthadone sera délivrée au CSAPA.
- La durée du traitement de Skénan ne pourra dépasser 6 mois mais pourra être raccourcie selon l'évolution,
- Le médecin conseil pourra effectuer des contrôles pour vérifier le respect du protocole,
- La CPAM s'engage à restituer à Mme X sa carte vitale comme tout assuré

Traumatismes et addictions

Question posée à l'e-groupe MGA (médecins généraliste et addictions)

A propos d'un cas de toxicomanie aux opiacés chez un intellectuel de très bon niveau.

Il a 30 ans, il est devenu consommateur d'opiacés parce qu'il ne supporte pas l'alcool, pour s'associer à la fête de temps en temps, avec des produits naturels, des têtes de pavot ou du kratom (des feuilles d'un arbre africain qui contient des alcaloïdes opiacés), parfois pour éviter le manque, il a recours aux opiacés du pharmacien. Il a aussi besoin d'opiacés pour travailler davantage et enfin pour calmer des douleurs articulaires.

C'est sa "copine" qui a cherché un addictologue, parce qu'il était en manque, parce que ses études étaient en panne, lui, il ne veut déranger personne, il a honte, il pensait y arriver tout seul.

Il avait entrepris un doctorat, préférant abandonner un poste sûr de fonctionnaire.

Une famille où la moquerie et la dérision sont les modes de communication, où il préfère de taire plutôt qu'affronter.

Le traitement, passe par la Buprénorphine puis la Méthadone et un peu de Dicodin ; un entretien par semaine pour écouter quelques symptômes physiques, des insomnies, ses boulimies. Il dit qu'il n'a jamais rien d'intéressant à raconter, et ressasse quand il a parlé. Donner de la place aux actes plus ou moins réussis, aux faux pas, à l'inhibition, aux conflits. Ecouter le corps à travers quelques exercices de visualisations, relaxations et autres EMDR.

Au bout d'un an, il passe sa thèse, reconnue comme excellente, ses professeurs lui conseillent de partir à l'étranger, on le retient dans son laboratoire avec un salaire et des contrats.

La veille du jour de la thèse, la mère s'assomme (involontairement) avec la porte du garage et se casse le bras... elle était très contrariée par les choix de son fils.

Dans le cours des consultations, apparaît une histoire d'abus sexuels à 11 ans en colonie de vacances sous couvert d'initiation par un moniteur, puis à 13 ans par une jeune fille "bizarre".

Je n'ai pu que débanaliser ce qu'il considérait comme normal, voire un cadeau qui lui avait été fait... souligner qu'il s'agissait d'une agression.

Question posée au groupe MGA (avec le résumé de l'histoire)

Combien de traumatismes sexuels rencontrez vous?

Quand et comment ils émergent?

Qu'en faites vous?

CM

L'irruption des abus sexuels dans mon expérience médicale date de l'arrivée des patients héroïnomanes. Sans référence documentée, il est classique d'avancer que près de 30 % des usagers ont été victimes, sous des formes diverses, d'abus dans l'enfance

Ce qui constitue une surreprésentation des victimes par rapport à la population générale.

Il s'agit de garçons autant que des filles, le plus souvent, les abus proviennent de membres de la famille ou de proches.

La parole n'est pas spontanée sur cette question. On pressent la question quand, le (la) patient(e) évoque un gros problème dont il ne peut parler.

Globalement nous continuons à sous estimer cette problématique, l'aide à l'expression de la parole sur ce

sujet reste subtile.

En pratique, je suggère toujours :

- respecter le silence quand la parole ne peut surgir
- réitérer l'offre d'écoute dans la confidentialité
- l'aide d'une écoute par le ou la psychologue

J'ai toujours en tête cette phrase de Christian Bobin qui résume poétiquement cette complexité :

"Ce qui ne peut danser au bord des lèvres, s'en va hurler au fond de l'âme..."

En tout cas, on voit bien l'inanité d'une réponse pharmacologique à cette souffrance là.

JM

En retour du congrès national de MG (intervention sur les violences faites aux femmes, mais aussi aux hommes (Sur 8 violences 1 homme / 7 femmes). Je pose fréquemment et naturellement, malgré la lourdeur d'implication, 3 questions à certaines patientes dont la diversité des symptômes me laisse perplexe (en résumant) : Avez vous subi des violences Psychique / physique / viol (même dans la petite enfance) ... J'ai été surpris des larmes qui surgissent ... comme ça !

Idem à la question d'une éventuelle IVG ou fausse couche ...

Si personne ne "pose pas de question", qui va inviter la parole à danser ? ...

CM

Sur la question des abus sexuels je vous conseille vivement d'aller sur le blog du Dr Muriel Salmona. C'est une source documentaire très précieuse qui apporte des éléments de compréhension dont je ne disposais pas :

<http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/Accueil-et-accompagnement-des-victimes-de-violences-2.pdf>

BJ

Les patients qui viennent trouver le MG pour une douleur ... pour une prescription de codéine ... Pour une boulimie ...

Ce sont ceux là qui occupent notre médecine ...ceux qui arrivent !

L'idée de les envoyer chez le spécialiste compétent relève du rêve et de l'exception.

Développer cette attention chez les soignants est une perspective plus réaliste (hors des chaînes de l'EBM).

Hélène

Tu as complètement raison de poser facilement cette question.

Quelque part, je me demande s'il n'est pas beaucoup plus difficile pour un homme, culturellement, de parler d'agression sexuelle. Je crains que de ce fait, celles ci ne soient sous estimées.

Dans mon service d'addictologie, les histoires de viol, d'inceste sont monnaie courante...

La question presque systématique dans "l'interrogatoire", si elle n'amène pas forcément de réponse immédiate, permet au patient de savoir que quelqu'un pourra l'entendre, un jour, quand il se décidera.

J'ai encore un peu de mal à le faire, mais un collègue qui me dit le demander systématiquement au moins une fois (même chez les personnes semblant aller bien) a une "rentabilité" incroyable, à vrai dire bien affolante...

Amicalement.

Oui, l'abus ou la dépendance aux opiacés, aux benzo, à l'alcool est souvent là pour apaiser des souffrances indicibles en relation avec des blessures psychiques aux profondeurs insondables, un stress post-traumatique qui renvoie souvent à des agressions physiques et sexuelles subies ds l'enfance ou la petite enfance .

Qui renvoient aussi souvent à un abandon vécu très jeune (enfant abandonné par sa mère, père biologique parti pendant la grossesse ...) .

MB

Je trouve bonne la réponse que tu as faite. Nonobstant, voilà le complément que je t'adresse après y avoir réfléchi. C'est non exhaustif.

Dans la sémiologie, le développement d'une addiction peut être la conséquence d'un psychotraumatisme (pas que).

Un psychotrauma peut provenir d'un abus sexuel (pas que).

Un toxicomane victime d'abus peut être pris en charge pour son addiction.

Si au décours de la prise en charge, un traumatisme refoulé revient à la surface il faut l'adresser de préférence à un psychiatre ou à un psy averti en victimologie.

Les risques du travail psychopathologique autour du matériau refoulé sont certains : la dissociation, qui est documentée dans la littérature, notamment dans le cadre d'une 'abréaction'.

Sont alors à réfléchir l'intégration psychologique d'un traumatisme ou encore les paradoxes de la mémoire.

Pour se documenter, il y a l'axe du psychotraumatisme, de la victimologie, ou en psychanalyse, de l'abréaction. L'abréaction est vraiment à travailler en tant que MG. Le MG peut être, dans le transfert, la personne déclenchant d'un travail.

Le Dr Muriel Salmona a fait un travail extrêmement pointu sur la question. Son travail est une mine.

J'espère avoir répondu, même partiellement à ta question, sur un sujet plutôt compliqué,

XA

Ainsi, nous avons plein de patients sevrés de l'alcool, sous Baclofène ou sous TSO qui restent déprimés au long cours.

Les 2 cas que je vais présenter aux journées de la FA illustrent cela et pourtant le baclofène a été un "succès " addictologique pour eux.

Ca fait beaucoup réfléchir sur le sens de notre action clinique au long terme avec eux.

Certes notre disponibilité et la confiance que ces patients ont en leur MG sont capitales.

Mais comment faire affleurer ces maux de l'âme pour qu'ils puissent se traduire en mots ?

Il n'y a pas de recette.

Je propose souvent un soutien psychologique de type TCC avec une psychologue en qui j'ai entière confiance car de nombreux patients ne sont pas enclins à suivre une psychanalyse. Mais beaucoup de patients me disent oui, prennent l'adresse et n'y vont pas. Et ce n'est pas une question d'argent.

Il y a d'autres méthodes possibles pour le stress post-traumatique : l'EMBR (répétition de mouvements oculaires rapides pour faire affleurer un traumatisme enfoui) et la thérapie pleine conscience (une collègue psychiatre pratique cela dans un csapa parisien). Il y a eu un atelier là-dessus au THS.

Il y a les consultations de victimologie aussi.

Je connais une collègue MG au CMS d'Ivry qui a fait un travail autour de l'écriture (tenue d'un cahier) avec tous ses anciens patients alcooliques sur le passé traumatique qui n'avait pas été abordé pendant des années de suivi .

BJ

Merci de ton intervention, le plus important me paraît : " Il n'y a pas de recette."

Comment "envoyer" le patient, quand il a trouvé un lieu où se soigner...

"EBMR et "pleine conscience" sont des outils, voire des gadgets, selon les mains qui les utilisent....

je ne sais si tu as eu le temps de regarder l'article du JIM que j'avais lié avant-hier une critique aussi violente que juste de l'EBM (Médecine Fondée sur les Preuves – Evidence Based Medecin). Le "bon médecin" doit envoyer l'appendicite au chirurgien, le bras cassé à l'orthopédiste... le bébé au pédiatre, le psy au psy, relève de l'EBM (l'EBM du pédiatre est de surveiller les vaccinations selon les « recommandations à jour », non la courbe de poids... pourquoi tant d'obèses ?)

Pour s'occuper de patients addicts c'est sans doute en affutant ses oreilles que l'on avance !

C'est aussi en parlant entre professionnels !

Merci de ces échanges riches.

PB

Je suis prudent sur le type de demande "les extrêmes de la courbe de Gauss".

En effet, nous sommes, MG, les intervenants de santé primaires et l'essentiel de notre spécificité est le dépistage et l'accompagnement des " chroniques de l'addiction ordinaire". Que les CSAPA suivent des dossiers lourds est une évidence et leur compétence est bien en ce domaine. Je suis plus réticent à être entraîné par eux sur ce terrain certes passionnant mais qui risque de nous entraîner davantage dans la catégorie "spécialiste addicto". Nous le pouvons, car chacun a des histoires de chasse. Mais soyons lucide et vigilants

Bon, j'espère me tromper, mais je tiens à notre spécificité de précocité et de proximité

Un « cas » de traitement d'alcoolisme avec trois comprimés de Baclofène

Madame Zed a la cinquantaine, elle paraît trente, ses parents ont immigré d'un pays d'Afrique, elle est née et a grandi dans le centre d'une grande ville, à une époque où les "banlieues difficiles" n'existaient pas. Son métier est dans la culture, dans un milieu où le champagne coule à flot. Plusieurs fois, ça c'est mal terminé, elle risque de perdre son métier. Au travail, les pressions, les rivalités et les conflits sont très forts, pour décompresser, elle va au bar, où on sert son champagne, sans qu'elle ait besoin de commander. A la maison, trois enfants étudiants, le mari, du même pays, "Il s'accroche aux enfants" a pris toutes les commandes, là aussi elle est au bord de l'exclusion.

Elle a pris rdv avec l'addictologue, parce qu'au prochain festival elle n'a pas droit à l'erreur... il lui faut un traitement par le Baclofène.

Elle veut aussi faire le point de sa vie, de ce temps passé à s'accrocher aux échelons de la société, à imposer ses origines, à partager son ascension, tirer ses frères et sœurs, construire une maison au pays, ramener les parents pour leur dernier jours...

Ses poses champagne, comme un temps pour elle, pour souffler, se recentrer... L'alcool au travail, les fêtes, les pots, les succès, hier 7 verres... "Je suis passive" "Je suis complètement dedans" "L'écoeurement arrive trop tard" "J'ai fait trois tentatives, l'acuponcture..." "Je suis très fatiguée"

Avec trois comprimés de Baclofène... et trois entretiens, tout change. Elle trouve un salon de thé pour faire ses poses, au festival, se concentre sur son travail, refuse les coupes et les soirées. A la maison, le dialogue est revenu, celui qu'elle voyait un moment comme un tyran est redevenu un partenaire...

Trois comprimés, il y a des vertiges, elle passe à deux, sauf s'il y a une soirée prévue.

Pourvu que cela dure... avec trois comprimés et un lieu pour parler !

Elle annule le prochain rendez-vous, pas disponible. Par SMS : "Je ne peux pas venir, mais je m'accroche"
"Et il fallait que je vous dise, ma fille m'a dit que je devenais quelqu'un de formidable".