

CLINIQUE DES TOXICOMANIES

La consommation de drogue spécifique à la toxicomanie (existence d'une dépendance biologique, psychologique et sociale, le désir puissant, compulsif d'utiliser une substance psychoactive, les difficultés à en contrôler les prises, le comportement de recherche de ces substances avec un envahissement progressif de la vie courante) doit être différenciée de l'usage occasionnel et de l'abus aux conséquences moindres ainsi que des dépendances médicamenteuses non toxicomaniaques caractérisées par l'absence de recherche d'un effet stupéfiant.

Le phénomène toxicomaniaque est le résultat de plusieurs facteurs (individuels, environnementaux, sociaux) : attrait du plaisir interdit, fascination pour le danger potentiel (juridique, médical), curiosité, pression du groupe, facteur initiatique, recherche des liens, rejet et rupture avec les valeurs traditionnelles, esprit de provocation, recherche d'une autre réalité par refus d'acceptation d'un monde jugé trop conventionnel, recherche de sensations...

Les trois points qui intéressent les soignants sont la dimension culturelle et sociale (acculturation, rapport avec les problèmes de la société et le recours aux substances psychodysléptiques ou stimulantes), la dimension biologique (propriétés intrinsèques du produit) et la dimension psychologique (tentatives de résolution d'un problème, répétition des sensations et recherche de plaisirs).

Le consensus actuel va dans le sens de l'abord trivarié de la toxicomanie – la rencontre entre l'individu et la substance psychoactive à un moment socio-culturel donné. Ceci permet d'aborder le constat selon lequel chaque personne présente différentes réactions au produit : certains vont s'accrocher, d'autres vont vite oublier cette rencontre, d'autres vont consommer la substance d'une manière purement récréative. Nous y reviendrons aussi sur les facteurs de risque et de vulnérabilité face à la drogue.

On ne peut pas parler d'une personnalité type des toxicomanes, mais on décrit souvent une personnalité anormalement dépendante des autres. Leur parcours familial, scolaire et social met en évidence des difficultés relationnelles, des situations frustrantes et de multiples séparations qui ont été toujours mal vécues. Ces séparations ne sont jamais admises, la réparation de ces frustrations étant constamment déficitaire.

La caractéristique antisociale (non-respect des règles, tendance répétitive à transgresser la loi, impulsivité, instabilité, absence de remords et d'honte) de la personne dépendante ou le caractère obsessionnel, compulsif, échappant à toute tentative de (auto)contrôle nécessite l'analyse des critères typiques de ces personnalités.

L'abus ou l'usage nocif, est caractérisé par une consommation susceptible d'induire des dommages au niveau somatique, psychoaffectif et social. Cette notion est d'autant plus importante, que plusieurs auteurs s'efforcent à démontrer que l'utilisation de certaines substances psychoactives peut être parfaitement maîtrisable, en fonction de la personnalité des usagers, de leur degré de fragilité psychique ; cette notion permet de souligner l'importance des facteurs de personnalité et de préciser le rôle des facteurs de risque et de vulnérabilité dans l'apparition de la dépendance.

La toxicomanie est marquée par la dépendance physique, psychologique et sociale.

Selon l'OMS la dépendance se définit comme un « *état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance psychoactive caractérisé par des réactions comportementales et autres, qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter le sevrage. La dépendance apparaît ainsi comme le résultat des effets pharmacologiques des produits psychoactives additifs et de l'interaction avec l'équipement neuro-biologique de l'organisme* ». En termes comportementalistes, la dépendance est la résultante du renforcement positif (effets agréables de la prise de drogue)

du renforcement négatif (effets désagréables dus au manque) et de la tolérance (phénomènes adaptatifs qui s'opposent aux effets des produits psychoactifs). La tolérance apparaît comme un état d'adaptation pharmacologique nécessitant l'augmentation des doses pour obtenir les mêmes effets.

Le *syndrome de sevrage physique* (apparition d'un syndrome clinique spécifique par l'arrêt brutal d'une substance psychoactive, prise de façon continue et prolongée) se manifeste dans le cas des opiacés (situation la plus fréquemment rencontrée) 12 à 24 heures après la dernière prise, débutant par une anxiété vive avec une insomnie tenace. Les douleurs associées (dorso-lombaires, abdominales), les crames nocturnes, les mouvements anormaux signent ce type de syndrome de sevrage. Le syndrome de sevrage s'accompagne d'un *syndrome amotivationnel* qui associe déficit de l'activité avec asthénie et apragmatisme, déficit intellectuel avec ralentissement idéique, déficit thymique et affectif avec désintérêt et manifestations dépressives. Si le syndrome de sevrage diminue et disparaît au bout d'une semaine, le syndrome amotivationnel, met plusieurs semaines à s'atténuer.

La dépendance physique comprend aussi de puissantes compulsions à consommer des toxiques, réveillées même après quelques mois d'abstinence par toute situation évocatrice de l'intoxication proposition de toxique, passage dans certains lieux de trafic.

La dépendance psychologique renvoie aux effets psychotropes intrinsèques à chaque substance (euphorisants, antidépresseurs, anxiolytiques).

La dépendance sociale est évidente dans le sens où le toxicomane a organisé toute sa vie relationnelle et sociale pour et autour de la drogue.

Dans le comportement addictif il existe deux périodes : la phase d'initiation est centrée sur la recherche de sensations jouant un rôle essentiel dans la rencontre du produit. L'installation de la dépendance se produit plus tardivement, quand l'usage du produit se poursuit sous l'influence des exigences adaptatives liées à l'anxiété et au sevrage.

Chez les patients présentant une pathologie addictive, la prévalence des troubles mentaux est importante. Parmi les pathologies rencontrées on retient les troubles de l'humeur, de la personnalité et des troubles dépressifs.

Les *troubles dépressifs*, accompagnent souvent le parcours des toxicomanes ; troubles préexistants à la toxicomanie, troubles qui apparaissent pendant la consommation ou après l'arrêt de la consommation du produit. Le vécu dépressif des patients les pousse souvent au suicide ou à des conduites à risque. Parmi les mécanismes incriminés dans l'apparition des troubles dépressifs on décèle les interférences biochimiques entre les neuromédiateurs impliqués dans le processus addictif et les substances psychoactives.

Les *troubles anxieux*, se manifestent le plus souvent dans les phases d'abstinence ou pendant les cures de sevrage ; très fréquents dans le cas des opiacés et de l'alcool, ces troubles apparaissent aussi dans le cas des autres substances. Le recours abusif ou la prescription massive d'anxiolytiques – surtout les benzodiazépines – a comme conséquence une déviation de l'utilisation thérapeutique des benzodiazépines. Les toxicomanes ont souvent recours aux benzodiazépines afin de palier les états de manque et les crises d'anxiété ; dans les phases de descente, souvent pénibles et difficiles à supporter, les toxicomanes font appel aux anxiolytiques. L'usage détourné des benzodiazépines - Tranxène[®], Rohypnol[®] – nécessite une grande vigilance de la part des soignants. Chez certains héroïnomanes, l'héroïne représente une tentative d'automédication.

Les *états confusionnels* sont favorisés par les polytoxicomanies et/ou par la brutalité du sevrage. Les patients sont souvent désorientés, obnubilés. En dehors de la toxicologie intrinsèque des substances psychoactives, les états confusionnels peuvent être imputés aux états post-traumatiques ou post-infectieux (différents abcès, forme neurologique du SIDA).

Les *états psychotiques*, soulèvent la question de l'interaction entre un toxicomane et une substance psychoactive. Le tableau clinique prend la forme des troubles dissociatifs (schizophrénie) ou de délire chronique. Il faut faire la différence entre les états prépsychotiques accentués par la prise de la substance psychoactive et les pharmacopsychoses induites par la prise de ces mêmes substances. Les schizophrènes ont une attirance prononcée pour les drogues dysléptiques (cannabis ou LSD) qui favorisent l'introspection. Pour cette catégorie de patient l'abus de substances psychoactives peut s'inscrire dans une démarche d'automédication, de traitement des angoisses et de l'anhédonie psychotique. Certains schizophrènes préfèrent être soignés comme toxicomanes plutôt qu'au titre de la psychose.