

EN PRATIQUÉ
EN PRATIQUÉ

Thérapie comportementale et toxicomanie au crack/cocaïne en Martinique

Nicolas Ballon, Christiane Roy, Jérôme Lacoste, Frédéric Slama, Aimé Charles-Nicolas*

Mal connues et mal perçues en France, les thérapies comportementales et cognitives sont pourtant l'une des approches possibles du traitement des toxicomanes au crack et à la cocaïne, validée et structurée. Or, la France a un retard certain en ce qui concerne leur application dans le champ des toxicomanies, alors que les pays anglo-saxons y recourent largement. Exemple d'une telle procédure thérapeutique, utilisée au centre de soins de Fort-de-France, pour comprendre les possibilités offertes par cette approche.

Particularisme de la région Antilles-Guyane : le couloir caribéen est devenu une route majeure du trafic de drogue et les îles de la Caraïbe, des cibles de premier plan du fait de leur proximité de la côte Est des États-Unis. En même temps que ce nouveau marché se développe, l'utilisation de drogues par les populations des îles caribéennes augmentent et par conséquent, leurs demandes de traitement.

Consommation de crack prépondérante

La toxicomanie constitue un problème de santé publique majeur en Martinique. Sa prévalence est plus importante qu'en métropole (rapport 1999 de la gendarmerie de Martinique ; bilan 1999 du Centre de soins spécialisés en toxicomanie, CSST, de Fort-de-France). La consommation de crack/cocaïne y est prépondérante, puisqu'elle concerne **48 à**

68 % des toxicomanes de Martinique, selon les données de l'Observatoire de la santé de la Martinique (12).

Ouvert depuis bientôt quatre ans, le CSST de Fort-de-France reçoit **plus de 900 patients**, 61 % étant des consommateurs de crack/cocaïne, pour la plupart sans consommation associée d'opiacés ou de produits pharmaceutiques (1). Cette consommation relativement "pure" mérite d'être soulignée.

En Europe, alors que la consommation d'opiacés se stabilise, la consommation de crack/cocaïne se développe. Or, l'absence de traitements médicamenteux spécifique, et en particulier de substitution pour ces formes de toxicomanies aux psychostimulants, rend leur prise en charge plus difficile et impose de mettre en place des modes de prise en charge institutionnels et psychothérapeutiques structurés. L'une des approches validées et structurées est celle des thérapies comportementales et cognitives. Or, la France a un retard certain en ce qui concerne l'application de ces thérapies dans le champ des toxicomanies, alors que dans les pays anglo-saxons, ce modèle est largement utilisé.

Rappel sur les objectifs et la méthode

Nous proposons :

- de rappeler les principes de l'approche comportementale. Ce rappel est essentiellement inspiré par l'article d'**Annie Mino** paru dans *Le journal de thérapie comportementale et cognitive* (Mino, 1996) et du polycopié du diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive du **Dr C. Cungi** de Lyon ;
- de présenter l'échelle de prévention de la rechute d'**A. Beck**, issue de l'ouvrage *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, que nous avons traduit* en suivant le principe de la double traduction et utilisons dans notre pratique (2) ;
- d'exposer un exemple de programme thérapeutique.

Les principes de la thérapie comportementale

Il existe dans le modèle comportemental trois modes de conditionnement : **répondant, opérant et vicariant** qui ont permis le développement de différentes techniques appliquées dans le champ des addictions.

• Selon la théorie du conditionnement répondant ou classique ou **théorie stimulus-réponse (S-R)**, il existerait un conditionnement répondant associant l'effet du produit et les comportements correspondant à la recherche, au rituel de la prise, au contexte de la prise. Par exemple, la vue d'un papier aluminium plié ou d'un papier blanc plié d'une certaine manière entraîne l'envie de consommer. Dans ce type de modèle, les informations sont rangées selon un schéma montrant les relations entre la situation stimulus et la réponse de consommation. Le modèle S-R a donné, en application pratique, les méthodes d'extinction et d'aversion. Les méthodes de relaxation et de désensibilisation répondent également à cette conception. Fondées sur le principe du conditionnement répondant, deux techniques ont fait l'objet d'études d'efficacité. Les expositions aux stimuli avec prévention de la réponse, internes ou externes, sont pratiquées in vivo ou en imagination (3, 5, 11, 13), soit par rapport au produit directement, soit par rapport aux situations déclenchant un besoin impérieux de consommer (3, 16, 17). **Les méthodes d'extinction** (15) consistent à exposer le patient aux situations déclenchant l'envie de consommer sans la possibilité de le faire ou bien accompagné de la prise d'un produit neutre. Cette méthode s'apparente aux techniques d'exposition avec prévention de la réponse, lesquelles connaissent actuellement un regain d'intérêt (4). Les méthodes aversives utilisent des stimuli tels que chocs électriques, substances chimiques, odeurs désagréables. Avec les électrochocs, les résultats sont peu satisfaisants (19). Les aversions chimiques ne semblent pas être plus efficaces (6, 11).

* Centre spécialisé de soins pour toxicomanes, Fort-de-France.
E-mail : n.ballon@caramail.com

- Les stratégies du conditionnement opérant se déclinent essentiellement sous deux formes : **l'utilisation de renforcements positifs ou négatifs**. La gestion des contingences, appliquée à tous moments de la thérapie, offre une grande variété de renforcements. Lorsque ces derniers sont positifs (méthadone à emporter, obtention de bons Voucher), elle permet une augmentation de l'observance (7), l'obtention de l'abstinence (18) et son maintien (7-10). L'utilisation de renforcements négatifs (diminution des doses de méthadone, perte de bons Voucher) produit des résultats relativement médiocres, voire dangereux si l'on considère l'augmentation du taux d'abandon (Iguchi, 1988 ; 18).

- Les stratégies issues du conditionnement vicariant permettent essentiellement d'améliorer le fonctionnement relationnel général et de favoriser la réinsertion professionnelle, suite à la participation à **des jeux de rôle**. Le lien entre ces acquis et la consommation de toxiques n'a pas été évalué mais présente, quoi qu'il en soit, un intérêt en termes de réduction des risques et d'amélioration de la qualité de vie.

L'échelle de Beck de prévention de la rechute*

Cette échelle a été mise au point par A. Beck pour des patients toxicomanes au crack et/ou à la cocaïne aux États-Unis. **C'est un autoquestionnaire de 49 items**, composé de deux parties. La première évalue l'envie de consommer, la deuxième la probabilité que cette consommation ait lieu. Dans notre pratique, nous nous contentons de faire passer la

première partie de l'échelle. La deuxième partie alourdit ce travail et le rend souvent confus pour une population qui n'est pas habituée à évaluer ses difficultés avec ce type "d'instrument". Enfin, les éléments cliniques apportés ne nous apparaissent pas indispensables pour le travail de psychothérapie.

Un exemple de programme thérapeutique

Il s'inspire, dans un premier temps, des stratégies de conditionnement répondant fondées sur les expositions aux stimuli avec prévention de la réponse, puis est relayé par des jeux de rôle suivant les principes du conditionnement vicariant.

- La première séance est un entretien classique visant à recueillir des informations générales, permettant d'évaluer l'intensité du trouble et les demandes du patient. La fin de l'entretien est consacrée à l'explication du programme comportemental proposé et à la première prescription de tâche. On demande au patient de remplir l'autoquestionnaire et de tenir un carnet sur lequel il doit noter sa consommation quotidienne de produit.

- La deuxième séance est consacrée à l'étude de l'autoquestionnaire et du carnet de consommation. Les situations déclenchant le *craving* sont alors hiérarchisées de la moins intense à la plus intense et l'analyse du carnet permet d'établir une ligne de base de la consommation actuelle.

Ces séances d'exposition sont individuelles, et leur durée est déterminée par le temps d'extinction du *craving* mesuré par une échelle visuelle analogique. Elles se déroulent une à deux fois par semaine. On prescrit des tâches comportementales au patient qu'il accomplit seul ou aidé d'un tiers, entre les séances.

Le programme thérapeutique est considéré comme achevé, lorsque aucune des situations envisagées ne déclenche plus de *craving*.

Ce programme thérapeutique s'accompagne d'un travail cognitif, dont voici les modalités : au décours de chaque séance d'exposition, un travail de restructuration cognitive est effectué, selon les procédures décrites par A. Beck dans l'ouvrage *Cognitive Therapy of Substance Abuse* : mise en évidence des distorsions cognitives, étude des schémas cognitifs, restructuration, résolution de problèmes....

Le recours aux séances de relaxation est souvent utile. Il permet de créer un lien avec le patient par une médiation corporelle, d'effectuer des exercices de désensibilisation systématique (DS) et il facilite l'émergence du matériel cognitif.

Nous recourons également aux jeux de rôle et aux modalités du conditionnement vicariant. En effet, à la suite du travail individuel, le patient intègre un groupe thérapeutique basé sur les stratégies du conditionnement vicariant. Les techniques comportementales sont travaillées au cours de jeux de rôle et si possible sur un support vidéo. Le groupe se réunit une fois par semaine pendant deux heures. Il est ouvert et peut accueillir un maximum de dix patients. Il est animé par un thérapeute et un cothérapeute. La place de cothérapeute pouvant être occupée par des intervenants en toxicomanie souhaitant se former aux techniques comportementales.

Conclusion

La thérapie comportementale et cognitive permet une approche structurée et une évaluation du travail effectué auprès des patients toxicomanes. Les fonde-

ments théoriques sont simples. Son exercice nécessite toutefois une formation qui permet d'en acquérir les bases et de les mettre en pratique au sein d'un groupe de formation avec un thérapeute confirmé. Un travail de supervision est utile par la suite. ■

Références bibliographiques

1. Ballon N, Soffer D, Bouisse F, Merle S, Slama F, Charles-Nicolas A. *Profils des toxicomanes au crack suivis à Fort-de-France. Le Courrier des addictions 2000 4 (2).*
2. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive Therapy of Substance Abuse. 1st edition, Guilford Press, 1993.*
3. Bradizza C, Stasiewick P, Maisto SA. *Conditioning reinterpretation of cognitive events in alcohol and drug cue exposure. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 1994 ; 1 : 15-22.*
4. Brewer C. *Combining pharmacological antagonists and behavioural psychotherapy in treating addictions. Why it is effective but unpopular. Br J Psychiatry 1990 ; 157 (7) : 34-40.*
5. Dawe S, Powell J, Richards D, Gossop M, Marks I, Strang J, Gray J. *Does post-withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction ? A controlled trial. Addiction 1993 ; 88, 1233-45.*
6. Frawley J, Smith J. *Chemical aversion therapy in the treatment of cocaine dependence as part of a multimodal treatment program : treatment outcome. J Substance Abuse Treatment 1990 ; 7 : 21-9.*
7. Higgings S, Budney A,

EN Pratique
EN Pratique

Références bibliographiques (suite)

Bickel W, Hugues J, Foerg F, Badger G. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 763-9.

8. Higgins S, Delaney D, Budney A, Bickel W, Hugues J, Foerg F, Fenwick JA. Behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 1218-24.

9. Higgins S, Budney A, Bickel W. Applying behavioural concepts and principles to the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 1994 a ; 34 : 87-97.

10. Higgins S, Budney A, Bickel W, Foerg F, Donham R, Badger G. Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1994 b ; 51 : 568-76.

11. Holzman AD, Levis DJ. Differential aversive conditioning of an external (visual) and internal (imaginal) CS : effects of transfer between and within CS modalities. *J Mental Imagery* 1991 ; 15 : 77-90.

12. Merle S, Giboyau J. Crack et cannabis dans la Caraïbe. Paris : L'Harmattan Ed. 1997 : 191-7.

13. Meyer R. Psychobiology and the treatment of drug dependence : the biobehavioral interface. *Am J Drug and Alcohol Abuse* 1986 ; 12 : 223-33.

14. Mino A, Page D, Krokrokar M. Stratégies cognitivo-comportementales et toxicodépendances. *J thérapie comportementale et cognitive* 1996 ; 6 (2) : 65-9.

15. O'Brien CP, Nace EP, Mintz J, Meyers AL, Ream N. Follow-up of Vietnam veterans. *Drug Alcohol Depend* 1980 ; 5 (5) : 333-40.

16. Payne TJ, Rychtarik RG, Rappaport NB, Smith PO, Etscheid M, Brown TA, Johnson CA. Reactivity to alcohol-relevant beverage and imaginal cues in alcoholics. *Addictive Behaviors* 1992 ; 17 : 209-17.

17. Powell J, Bradley B, Gray J. Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates : an investigation of their relative contributions. *Brit J Addiction* 1992 ; 87 : 1133-44.

18. Stitzer M, Bigelow G, McCaul M. Behavioral approaches to drug abuse. *Progress in behavior modification* 1983 ; 14 : 49-123.

19. Teasdale D. Conditioned abstinence in narcotic addicts. *Int J Addictions* 1973 ; 8 : 273-92.

Liste des annonceurs

Pharmacia-Upjohn (Nicorette) p. 48.

Les articles publiés dans notre revue le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.
Leur reproduction est interdite.

Brèves Brèves

VHC, LE DEF

La 5^e conférence internationale sur l'hépatite C qui s'est tenue à la fin de l'année dernière à Amsterdam, a souligné à quel point l'hépatite C était devenue un problème majeur de santé publique dans tous les pays du monde. La prévalence globale actuelle en est, en effet, de 3 %, ce qui représente 170 millions de personnes atteintes dans le monde dont 4 millions aux États-Unis et 5 millions en Europe de l'Ouest.

La transmission sexuelle reste encore un point de controverses : certains experts américains la chiffrent autour de 3 %, d'autres de 20 %, et la transmission de la mère à son fœtus autour de 5 %. L'essentiel des contaminations est donc principalement le fait des contaminations sanguines et surtout de l'échange des matériels et accessoires divers d'injection par les toxicomanes par voie intraveineuse : selon l'OMS, entre 2,3 et 4,7 millions d'infections seraient le résultat chaque année de ces pratiques de toxicomanes. Les prévalences de la contamination par le VHC parmi les populations toxicomanes sont très variables d'un continent à l'autre : elles vont de 33 à 98 % en Europe (20 % au Luxembourg, 40 % au Royaume-Uni, mais 60 à 70 % en France), à 26 à 94 % aux États-Unis, 45 à 90 % en Australie. Partout, l'incidence de la contamination par le VIH de cette population a très notablement diminué alors que celle par le VHC continue de progresser, en dépit de l'extension des politiques de réduction des risques. Il semble bien que celles-ci soient encore insuffisantes (en particulier dans les prisons) et inadaptées aux problèmes posés par les modes de contamination, l'échange des seringues n'étant pas seul en cause : filtres, cuillers, pailles sont aussi impliqués. En réalité, c'est la pratique même de l'injection, même safe, qui est en question...

La strangulation, une addiction ?

Le jeu du foulard est une bien curieuse pratique "à risques" qui s'est développée chez des adolescents et qui a fait récemment des morts à Colmar et à Nice : 9 pense-t-on au cours des dix dernières années (à Bordeaux, Chalon-sur Saône, région Paca et Lyonnaise...). Ce "jeu" douteux consiste à se livrer à tour de rôle ou en solitaire, à des pressions de carotide, à l'aide d'un foulard ou d'une ceinture de kimono jusqu'à tomber dans les "délices" de la syncope. Voire plus... Ces pratiques ne sont pas assimilables à des tentatives de suicide car ce n'est pas la mort qui est souhaitée mais le vertige de la perte de connaissance, renouvelé et partagé avec les pairs.

Pas de cigarette, même pour une mission impossible

Jean Reno a été "rectifié" à la palette graphique qui lui a retiré sa cigarette, une phalange, "rapetassé" son imperméable, afin qu'on ne le voit pas fumer dans le spot télévisé destiné à promouvoir la vente du DVD de "Mission impossible". Ordre du Conseil supérieur de l'audiovisuel !

F.A.R.