



Réduction des risques au cabinet du généraliste chez les consommateurs de cocaïne : une perspective motivationnelle

Rev Med Suisse 2009; 5: 916-20

V. Rossier
G. Zimmermann
M. Monnat

Dr Martine Monnat,
Valérie Rossier, psychologue
Centre Saint-Martin
Unité de toxicodépendance
Service de psychiatrie communautaire
Département de psychiatrie
CHUV, Rue Saint-Martin 7
1003 Lausanne
valerie.rossier@chuv.ch
martine.monnat@chuv.ch

Pr Grégoire Zimmermann
Institut de psychologie
Université de Lausanne
1015 Lausanne
gregoire.zimmermann@unil.ch

Risk reduction among cocaine users: a motivational approach in the GP's office

Today, cocaine use is a public health issue. Cocaine is a powerfully addictive stimulant drug which use is increasing among some part of the population. After a brief description of the physical and psychological effects of cocaine use, the article presents a motivational way for general practitioners to deal with risk-reduction issues. Based on the Transtheoretical Model of human behavior change and providing clinical examples, the article focuses particularly on the two earliest stages of change: «precontemplation» and «contemplation».

Aujourd'hui, la consommation de cocaïne est un problème de santé publique notamment en raison de son augmentation dans certaines tranches de la population et de son fort pouvoir addictogène. Après avoir décrit ses effets tant sur le plan psychique que physique, cet article se propose d'évoquer comment le généraliste en cabinet peut aborder la réduction des risques liés à la cocaïne. Un travail motivationnel adapté aux étapes de changement du patient est préconisé. Nous décrivons plus particulièrement, à l'aide d'exemples cliniques, comment aider les patients dans les deux étapes les plus précoces du processus de changement: la «précontemplation» où la consommation n'est pas considérée comme problématique et la «contemplation» caractérisée par une ambivalence importante à l'égard d'un éventuel changement de comportement.

LA COCAÏNE ET SES DANGERS

Longtemps considérée comme le champagne des drogues, réservée aux artistes, la cocaïne qui avait «l'avantage» de ne pas induire de dépendance physique, apparaît maintenant comme la substance qui pose le plus de problèmes. Ceux-ci sont liés à sa diffusion dans la population générale, à sa toxicité et à son pouvoir addictogène.

La cocaïne peut être consommée par voie nasale (sniff), par injection ou par fumée sous forme de crack. Sa durée d'action est plutôt courte (une heure en cas de sniff), voire très courte (une quinzaine de minutes) pour le crack. Elle induit parfois des consommations compulsives.

La cocaïne agit en inhibant la recapture de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine ainsi qu'en influençant les systèmes gabaergique, glutamaergique, opioïde et neuroendocriniens impliqués notamment dans le système de la récompense. Elle provoque une euphorie, une stimulation, diminue l'appétit et la fatigue. A plus hautes doses apparaissent agitation, angoisses, paranoïa, hallucinations auditives, visuelles. En cas de prise prolongée, des symptômes dépressifs peuvent survenir. Parmi les multiples effets toxiques de la cocaïne, rappelons les effets cardiovasculaires aigus (ischémie myocardique, infarctus) et chroniques (hypertension, hypertrophie myocardique, microangiopathie, augmentation de l'artériosclérose, formation de thrombus) qui peuvent être responsables de troubles du rythme et de mort subite. Les mécanismes qui sont à l'origine de ces atteintes ne sont pas entièrement élucidés mais comprennent la stimulation du système nerveux sympathique via l'inhibition de la recapture de la noradrénaline, l'augmentation chronique des catécholamines circulantes, un effet toxique sur la musculature lisse des vaisseaux et sur le système immunitaire. En outre, la cocaïne, comme les autres anesthésiques locaux, agit sur les canaux sodiques (à forte dose) et sur les canaux potassiques (à faible dose comme chez les «sniffeurs») et peut provoquer des troubles du rythme et un allongement du QT.¹⁻⁴

Sur le plan cérébral, la prise de cocaïne provoque des céphalées, des crises

d'épilepsie, des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou thromboemboliques. En cas d'usage chronique, des troubles cognitifs sont constatés. Ils peuvent persister après l'arrêt de la consommation.⁵

En plus des effets toxiques du produit, les risques liés au mode de consommation sont : transmission des virus des hépatites et du VIH en cas de partage du matériel souillé par du sang quel que soit le mode de consommation,⁶ infections bactériennes en cas d'injection, lésions broncho-pulmonaires en cas de fumée.⁷

Face à un produit aussi toxique tant sur le plan psychique que physique, parler de réduction des risques est un véritable défi qu'il faut aborder par paliers :

1. en fonction du mode de consommation, on recommandera à son patient de ne pas partager sa paille, son matériel d'injection ou sa pipe afin d'éviter la transmission des virus (hépatites et VIH).
2. Ensuite, il convient de rechercher durant l'anamnèse les effets toxiques de la consommation, sur les plans psychique (angoisse, agitation, hallucinations, dépression) et physique (céphalées, douleurs thoraciques, palpitations, etc.), effets qu'il s'agit ensuite de mettre en relation avec le produit pour aider la personne à prendre conscience de sa nocivité.
3. Chez un consommateur chronique, quel que soit le mode de consommation, un bilan cardiovasculaire, sanguin et une évaluation cognitive sont recommandés.
4. Enfin, un travail motivationnel, tel que nous le développons dans la suite de cet article, est essentiel afin d'amener l'individu à diminuer et à arrêter sa consommation.

ÉTAPES DU CHANGEMENT ET TRAVAIL MOTIVATIONNEL AVEC LES CONSOMMATEURS DE COCAÏNE

En nous référant au modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente⁸ qui décrit le changement comme un processus (selon les étapes de *précontemplation*, *contemplation*, *préparation*, *action* et *maintien* – figure 1), nous nous proposons de décrire comment être aidant avec des patients qui se trouvent dans une étape précoce de ce processus.

Pour illustrer ce travail motivationnel, nous partons d'un exemple dans lequel le clinicien apprend au détour de la

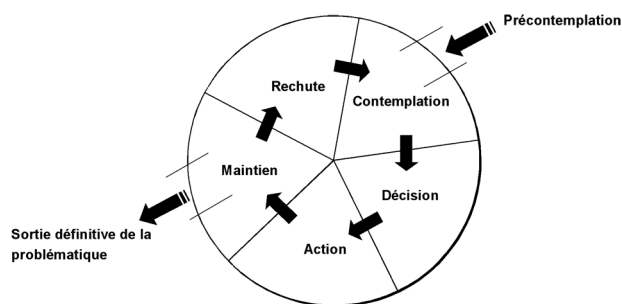


Figure 1. Modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente

Tableau 1. Exemple clinique

Monsieur X

- 42 ans
- Chef d'entreprise
- Patient suivi depuis quelques années pour des problèmes infectieux banals

La demande

Il vient en urgence un soir ; il a besoin que vous lui prescriviez un somnifère car son amie l'a quitté. Vous pensez à un «chagrin d'amour» et lui en prescrivez pour deux semaines. Une semaine plus tard, il revient vous en demander. Dans un premier temps, vous refusez. Il insiste et avoue finalement une consommation de cocaïne qui l'empêche de dormir

conversation que son patient consomme de la cocaïne (tableau 1).

Dans cet exemple, le patient ne vient pas spécifiquement nous voir pour un problème de consommation, ce qui nous indique qu'il se trouve vraisemblablement dans un stade précoce du processus de changement (*précontemplation* ou *contemplation*).

Précontemplation

Cette première étape se caractérise par le fait que l'individu n'est pas conscient de son problème de consommation ou, tout du moins, il n'envisage pas de changer quoi que ce soit à son comportement (classiquement interprété comme de la résistance ou du déni). Le but du clinicien est de l'aider à pouvoir envisager un changement et à passer ainsi à l'étape ultérieure (contemplation). DiClemente et Marden Velasquez⁹ distinguent quatre catégories de «précontemplateurs».

Précontemplateurs réticents

Les «précontemplateurs réticents» ne veulent pas considérer le changement par peur de ce dernier ou de l'inconfort qu'il pourrait créer. Ils se montrent résistants non dans un sens actif mais par leur passivité et leur inertie. Ils ne sont conscients ni de leur problème ni de ses effets. La façon la plus utile de les aider est de prendre le temps de les écouter verbaliser leur répugnance au changement ; ceci pourra éventuellement leur permettre dans un deuxième temps d'explorer les possibilités d'un changement dans un environnement perçu comme non menaçant (tableau 2).

Précontemplateurs rebelles

Les «précontemplateurs rebelles» sont hostiles et résistants au changement de façon active et affirmée. Ils ont une grande connaissance de leur problème et sont très investis dans leur comportement qu'ils peuvent «justifier» aisément. Ils se disputent facilement avec le clinicien et indiquent clairement tant verbalement que non verbalement qu'ils ne souhaitent pas changer. Une façon simple de désamorcer le conflit avec ce type de patients consiste à reconnaître rapidement que personne ne peut les forcer à changer. Ensuite, le clinicien peut encourager le patient à penser aux choix envisageables pour lui, y compris de petits changements (une diminution de la consommation à la place de l'abstinence totale, par exemple). Le but ultime est de

Tableau 2. Illustration du «précontemplateur réticent»

Les réponses de Monsieur X aux questions du clinicien

- «Tout va très bien, ma consommation de cocaïne n'est pas un problème»
- «J'ai juste besoin de somnifères pour dormir»
- «Du reste, je n'ai besoin d'aucune d'aide!»

Style motivationnel adapté du clinicien

Accepter profondément que, aux yeux du patient, il n'y a pas de problème

- Refléter ce que l'on comprend du monde du patient (ainsi pour vous, votre consommation de cocaïne ne pose aucun problème?)
- Par le biais de questions ouvertes, approfondir la connaissance de ce que vit le patient étant donné sa consommation actuelle (comment comprenez-vous votre consommation? Comment vous sentez-vous avant, pendant, après? Comment ce serait pour vous de changer votre comportement?, etc.)

En utilisant cette manière non jugeante et respectueuse d'aborder votre patient, il y a de bonnes chances qu'il ose à nouveau aborder sa consommation avec vous et a fortiori quand elle lui posera problème

Tableau 3. Illustration du «précontemplateur rebelle»

Les réponses de Monsieur X aux questions du clinicien

- «Cela fait des années que je consomme, ce n'est pas un médecin qui va m'apprendre ce que c'est; je n'ai de conseils à recevoir de personne!»
- «Je ne suis pas venu pour ma consommation de cocaïne mais pour mes problèmes de sommeil et j'aimerais que vous vous concentriez là-dessus»
- «De toute façon, c'est un très mauvais moment pour envisager un quelconque changement étant donné que mon amie vient de me quitter et que j'ai beaucoup de boulot»

Style motivationnel adapté du clinicien

Se montrer non menaçant et soutenant afin de désamorcer le conflit

- «Personne ne peut vous forcer à changer, et ce n'est en tout cas pas mon objectif»
- «J'entends que vous supportez beaucoup de choses désagréables en ce moment; ça doit être difficile pour vous. Y a-t-il quelque chose qui pourrait alléger votre poids actuel?»

L'idée est de montrer à votre patient que vous n'êtes pas son adversaire, que vous ne lui voulez pas de mal, que vous êtes de son côté et également que c'est lui qui sait ce qui est bon pour lui

faire en sorte que l'énergie de la rébellion devienne une énergie au service du changement (tableau 3).

Précontemplateurs résignés

Les «précontemplateurs résignés» manquent d'énergie et d'investissement vis-à-vis d'un éventuel changement. Ils semblent habituellement envahis par leur problème et ont renoncé à la possibilité d'une évolution positive dans un futur proche. Souvent, ils ont tenté en vain de nombreuses reprises de modifier leur comportement. Le clinicien se doit alors de distiller de l'espoir et d'explorer les résistances au changement. Il est important d'indiquer au patient que la rechute est habituelle dans ce domaine et qu'elle ne doit pas être considérée comme un échec mais plutôt comme une source d'apprentissage. Il est également

nécessaire de reconstruire peu à peu la confiance de ce type de patients (on dit aussi : «soutenir le sentiment d'efficacité personnelle») en les encourageant à faire de petits changements, tout en les validant au fur et à mesure (tableau 4).

Précontemplateurs rationnels

Les «précontemplateurs rationnels» paraissent avoir toutes les réponses à leur comportement. Ils n'envisagent pas le changement car ils pensent avoir bien évalué les risques ou croient qu'ils ne sont pas responsables de leur comportement (c'est de la faute à). En consultation, il est fréquent d'entrer dans un débat avec ce type de patients. A la différence des «précontemplateurs rebelles», leur résistance est plus rationnelle qu'émotionnelle. Avec ce type

Tableau 4. Illustration du «précontemplateur résigné»

Les réponses de Monsieur X aux questions du clinicien

- «Cela fait des années que j'essaie d'arrêter et chaque fois j'ai échoué; j'ai tout essayé»
- «Il y a un an, j'ai tenu trois mois sans en prendre. Maintenant j'y crois plus, surtout avec le départ de mon amie, c'est vraiment trop dur»

Style motivationnel adapté du clinicien

Distiller de l'espoir et explorer les résistances au changement; souligner les efforts et les réussites; encourager le patient

- «Je suis admiratif du fait que vous ayez déjà essayé d'arrêter à plusieurs reprises! A chaque fois, vous vous êtes rapproché un peu plus de la réussite et il y a un an vous avez tenu trois mois! C'est normal de s'y reprendre plusieurs fois, ce n'est pas le moment d'abandonner!»
- «Je comprends bien que vous traversez une étape difficile de votre vie (...), quelles sont actuellement vos intentions concernant votre consommation de cocaïne? Que va-t-il se passer maintenant?»

Il s'agit de reconstruire peu à peu la confiance de ce type de patients. Pour le clinicien, cela suppose de croire en la capacité de changer de son patient

Tableau 5. Illustration du «précontemplateur rationnel»

Les réponses de Monsieur X aux questions du clinicien

- «Ma consommation est sans risque dans la mesure où j'ai commencé tardivement»
- «Je ne consomme que le week-end et qu'exceptionnellement la semaine»
- «Du reste, nombre de mes amis consomment également et aucun n'a de problèmes de santé»

Style motivationnel adapté du clinicien

Privilégier l'écoute empathique et réflexive

- Commencer par aborder avec lui les «bonnes choses» liées à sa consommation de cocaïne: quels en sont les avantages?
- Une fois tous les avantages listés dans les détails (cela peut prendre plusieurs consultations), lui demander s'il y a également des désavantages et si oui lesquels; certains de ces désavantages lui font-ils tellement de tort qu'il désirerait un changement?

Le patient réalise que vous ne vous apprêtez pas à vous disputer avec lui pour savoir qui a tort ou qui a raison, et que vous reconstruisez qu'il y a de bonnes raisons à son comportement



de patients, il est recommandé de privilégier l'écoute réflexive et surtout d'éviter d'argumenter (tableau 5).

Contemplation

Les individus qui se situent dans la deuxième étape de changement reconnaissent que leur consommation pose un problème et commencent à envisager sérieusement de le résoudre. A cette étape, les personnes sont ouvertes à la discussion, prêtes à examiner leur problème et à réfléchir à des solutions possibles. Bien que la plupart des contemplateurs passent sans trop de heurts à l'étape de la *décision*, certains peuvent passer des mois ou des années en *contemplation*.¹⁰ Cette étape est caractérisée par l'ambivalence des patients: ils ont envie de changer mais ne s'y sentent pas prêts, ils perçoivent de nombreux désavantages à leur consommation contrebalancés par nombre d'avantages. La tâche du clinicien consiste à faire la balance de ces avantages/désavantages et à accompagner le patient à faire pencher la balance en faveur du changement. Pour mener à bien cette tâche, qui est souvent de longue haleine, le clinicien doit non seulement s'armer de patience, mais également reconnaître et se sentir à l'aise avec l'idée que l'ambivalence du patient fait pleinement partie de cette étape de changement. L'information et le feedback sur les dangers liés à la consommation prennent, à ce stade, une place importante dans le travail du clinicien. Non seulement générales, ces informations seront personnalisées en fonction du type de consommation du patient (toxicité des produits, bilans sanguin, cardiaque, etc.). Toutefois, l'objectif n'est pas uniquement ciblé sur les aspects négatifs de la consommation (mis suffisamment en avant par le patient à cette étape), mais également sur les «bonnes choses» liées à la consommation. Tant que le patient n'a pas repéré les bénéfices secondaires de sa consommation, il n'est pas prêt à combattre les tentations qui ne manqueront pas de se présenter lorsqu'il sera engagé dans le changement, c'est-à-dire en expérimentant l'abstinence (tableau 6).

DISCUSSION

Comme nous avons tenté de l'illustrer, nous sommes convaincus que les médecins praticiens en privé peuvent contribuer à faire évoluer la motivation d'un patient consommateur de cocaïne et réduire les risques associés à cette consommation. Rappelons que, selon Miller et Rollnick,¹¹ la motivation au changement n'est pas un trait de caractère fixe du patient mais un processus qui évolue selon la qualité de l'interaction avec le soignant. L'attitude de base d'une interaction de qualité peut être décrite comme une attitude de collaboration empreinte d'empathie et d'acceptation vis-à-vis du patient. Ces deux attitudes ont été largement décrites par le psychologue américain Carl Rogers,¹² fondateur de l'approche centrée sur la personne, dont Miller et Rollnick se réclament. Dans une attitude d'empathie, le clinicien se met à la place de son client (Rogers¹³ dit: «Pénétrer l'univers intime du client comme s'il s'agissait du sien (...)») et lui communique le plus clairement possible ce qu'il perçoit de son monde intérieur. L'attitude d'acceptation suppose, quant à elle,

Tableau 6. Illustration du «contemplateur»

Les réponses de Monsieur X aux questions du clinicien

A ce stade, Monsieur X reconnaît que la consommation de cocaïne lui pose problème

«Lorsque je consomme, en général je suis mal le lendemain, je n'arrive pas à me lever, je suis bon à rien au travail et j'ai mal à la tête, parfois des palpitations. Et puis bon je sais que ma copine ne m'a pas quitté pour rien...»

Style motivationnel adapté du clinicien

Explorer l'ambivalence; accompagner le patient à penser aux inconvénients et aux avantages dont il bénéficie au travers des consommations

- «Là, vous me nommez toutes sortes d'aspects négatifs liés à votre consommation, or vous n'arrêtez pas de consommer pour autant; y aurait-il des aspects positifs à votre consommation? Lesquels?»

A ce stade, l'écoute attentive, le résumé, le feedback, la dispense d'informations et le soutien du sentiment d'efficacité personnelle facilitent le changement

que le clinicien se soucie de son patient, qu'il l'apprécie dans sa totalité plutôt que de façon conditionnelle. Autrement dit, il ne se contente pas de l'accepter lorsqu'il a certains comportements et de le désapprouver lorsqu'il en a d'autres. C'est une attitude faite de chaleur, d'attention et d'authenticité, qui s'extériorise sans réserves ni jugements (pour une revue, voir Rogers¹³). Dans le domaine de la psychothérapie et de l'entretien motivationnel, la recherche empirique a d'ailleurs souligné le rôle important joué par les facteurs relationnels et abondamment documenté le caractère essentiel pour le patient de se sentir compris et accepté dans une relation thérapeutique.^{14,15}

CONCLUSION

Même si l'accompagnement de tels patients n'est pas chose aisée – il n'est en particulier pas facile d'éviter l'argumentation –, nous sommes convaincus que le médecin praticien en cabinet, formé spécifiquement au style motivationnel et secondé en cas de besoin par le réseau spécialisé, a un rôle déterminant à jouer (il est souvent le premier professionnel à qui le patient parle de sa consommation) dans la réduction des risques et la promotion de la santé chez les consommateurs de substances psychoactives et de cocaïne. ■

Implications pratiques

➤ La prise en charge précoce des problématiques de consommation de cocaïne est un enjeu de santé publique important dans lequel les praticiens en cabinet pourraient jouer un rôle accru en termes de réduction des risques. Pour ce faire, il est nécessaire de:

- Connaître les effets et les dangers physiques et psychiques de l'usage de cocaïne
- Savoir repérer le stade de changement dans lequel le patient se situe
- Adopter un style d'interaction motivationnel



Bibliographie

- 1 ** Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine use. *N Engl J Med* 2001;345:351-8.
- 2 * Knuepfer MM. Cardiovascular disorders associated with cocaine use: Myths and truths. *Pharmacol Ther* 2003;97:181-222.
- 3 Frishman WH, Del Vecchio A, Sanal S, et al. Cardiovascular manifestations of substance abuse. Part 1: Cocaine. *Heart Dis* 2003;5:187-201.
- 4 Pellegrino T, Bayer BM. In vivo effects of cocaine on immune cell function. *J Neuroimmunol* 1998;83:139-47.
- 5 * Strickland TJ, Stein RA. Neurobehavioral functioning in chronic cocaine abusers following sustained abstinence. *Arch Clin Neuropsychol* 1996;11:456-7.
- 6 McMahon JM, Tortu S. A potential hidden source of hepatitis C infection among noninjecting drug users. *J Psychoactive Drugs* 2003;35:455-60.
- 7 Thadani PV. NIDA Conference report on cardiovascular complications of Crack cocaine use. *Clinical manifestations and pathophysiology*. *Chest* 1996;110:1072-6.
- 8 Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Res Pract* 1982;19:276-87.
- 9 DiClemente CC, Velasquez MM. Motivational interviewing and the stages of change. In: Miller WR, Rollnick S, eds. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: The Guilford Press, 2002:201-16.
- 10 Carbonari JP, DiClemente CC, Sewell KB. Stage transitions and the transtheoretical «stages of change» model of smoking cessation. *Swiss J Psychol* 1999;58:134-44.
- 11 ** Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris: InterEditions-Dunod, 2006.
- 12 Rogers CR. *On Becoming a Person*. Boston: Houghton-Mifflin, 1961.
- 13 * Rogers CR. *L'approche centrée sur la personne*. Lausanne: Editions Randin, 2001.
- 14 Despland JN, Zimmermann G, de Roten Y. L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies* 2006;26:91-5.
- 15 Carruzzo E, Zimmermann G, Zufferey C, et al. L'entretien motivationnel, une nouvelle panacée dans la prise en charge de patients toxicodépendants? Une revue de littérature. *Pratiques Psychologiques*. Sous presse. Référence internet: www.entretienmotivationnel.org/

* à lire

** à lire absolument