



**LES CAS COMPLEXES ET
CHRONIQUES :
FAUT-IL REPENSER NOS
SERVICES ?**

Louise Nadeau, Ph.D.

Professeur titulaire

Département de Psychologie, Université de Montréal



*Il y a 20 ans,
au Conseil d'administration
du Centre Dollard-Cormier...*





*Un traitement en moyenne de six
mois pour tous les usagers...*



1. La population en traitement est homogène;
2. Le traitement est déterminé dans le temps.



Au cours de la prochaine heure...

1. 8 corpus de recherches qui ont changé notre manière de conceptualiser les addictions;
2. Les cas dits complexes;
3. Les cas dits chroniques;
4. Cinq moyens à explorer.



**HUIT CORPUS DE RECHERCHE
QUI ONT CHANGÉ NOTRE
CONCEPTUALISATION DES
ADDICTIONS DEPUIS 20 ANS.**



#1

**LES TRAVAUX
AVEC LE GÉNOME ET L'ADN
SUR LES VULNÉRABILITÉS
GÉNÉTIQUES**



Les gènes façonnent :

- les différences entre les individus en ce qui a trait au métabolisme de l'alcool;
- les comportements subséquents relativement à l'alcool.



Histoire de bien se comprendre...





On savait que :

l'alcoolisme tenait de famille, était dans le 'sang';

une association statistique entre le fait d'avoir un parent alcoolique et la survenue d'une dépendance à l'alcool;

50 % des personnes admises en traitement dans les CRD ont eu un ou des parents alcooliques.



#1. Les individus
présentent une
vulnérabilité biologique
différentielle en ce qui a
trait aux conduites
addictives.



#2

**LES TRAVAUX SUR LE CERVEAU,
NOTAMMENT
AVEC L'IMAGERIE CÉRÉBRALE**



**Les tests neuropsychologiques
permettent d'évaluer les capacités
cognitives et les divers déficits
neuropsychologiques :**

- **mémoire**
- **attention**
- **fonctions exécutives**
 - **etc...**



#2. L'imagerie cérébrale permet de localiser dans le cerveau les déficits neuropsychologiques identifiés par les tests.



Pour la dépendance aux substances :

1. Identification des centres de récompense dans le cerveau;
2. Transformation de la neurophysiologie du cerveau sous l'effet des substances;
3. La neurogénèse des cellules souches affectée par l'alcool.

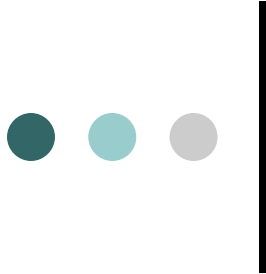


#2. Les changements de comportement observés dans les conduites addictives ont une base neurobiologique.



#3

**LES RÉSULTATS DES TRAVAUX
SUR LE CERVEAU
DES ADOLESCENTS**

- 
1. Le cerveau est reconfiguré à l'adolescence.
 2. Les centres responsables du plaisir et de l'émotion sont les premiers à être reconfigurés.
 3. Les substances peuvent modifier cette reconfiguration au point où la maturation des centres responsables des fonctions exécutives est altérée.



#3. La consommation précoce peut avoir des effets sur la prise de substances et sur la santé mentale à l'âge adulte.



#4

L'ÉPIGÉNÉTIQUE



Histoire de bien se comprendre...

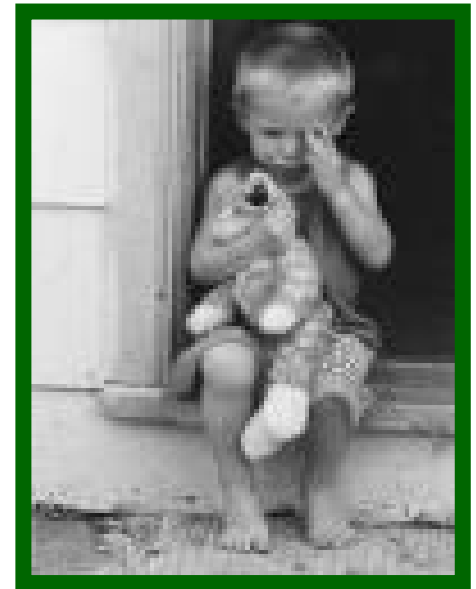


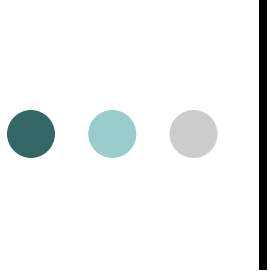


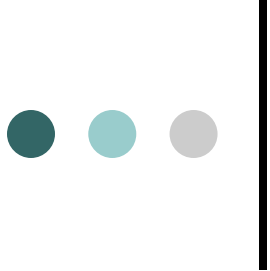
Une bonne proportion de personnes qui viennent en traitement ont été victimes d'agressions et de négligence dans l'enfance.



1. L'indifférence parentale
2. L'antipathie parentale
3. La violence physique
4. Le contrôle excessif ou insuffisant
5. Le renversement des rôles
6. Les agressions sexuelles



- 
1. Dans la tradition psychanalytique de la relation d'objet, la peur amène l'enfant à procéder à une sorte de déformation du réel et à développer des mécanismes de défense.
 2. La maltraitance et la négligence dans l'enfance sont statistiquement associées aux troubles mentaux depuis le début des années 1980.

- 
1. Négligence et agressions dans l'enfance ont un effet sur la structure de certains gènes.
 2. Le contrôle des impulsions, l'autorégulation des émotions et le contrôle de la prise des substances sont plus difficiles chez les personnes qui ont vécu des traumas sévères.

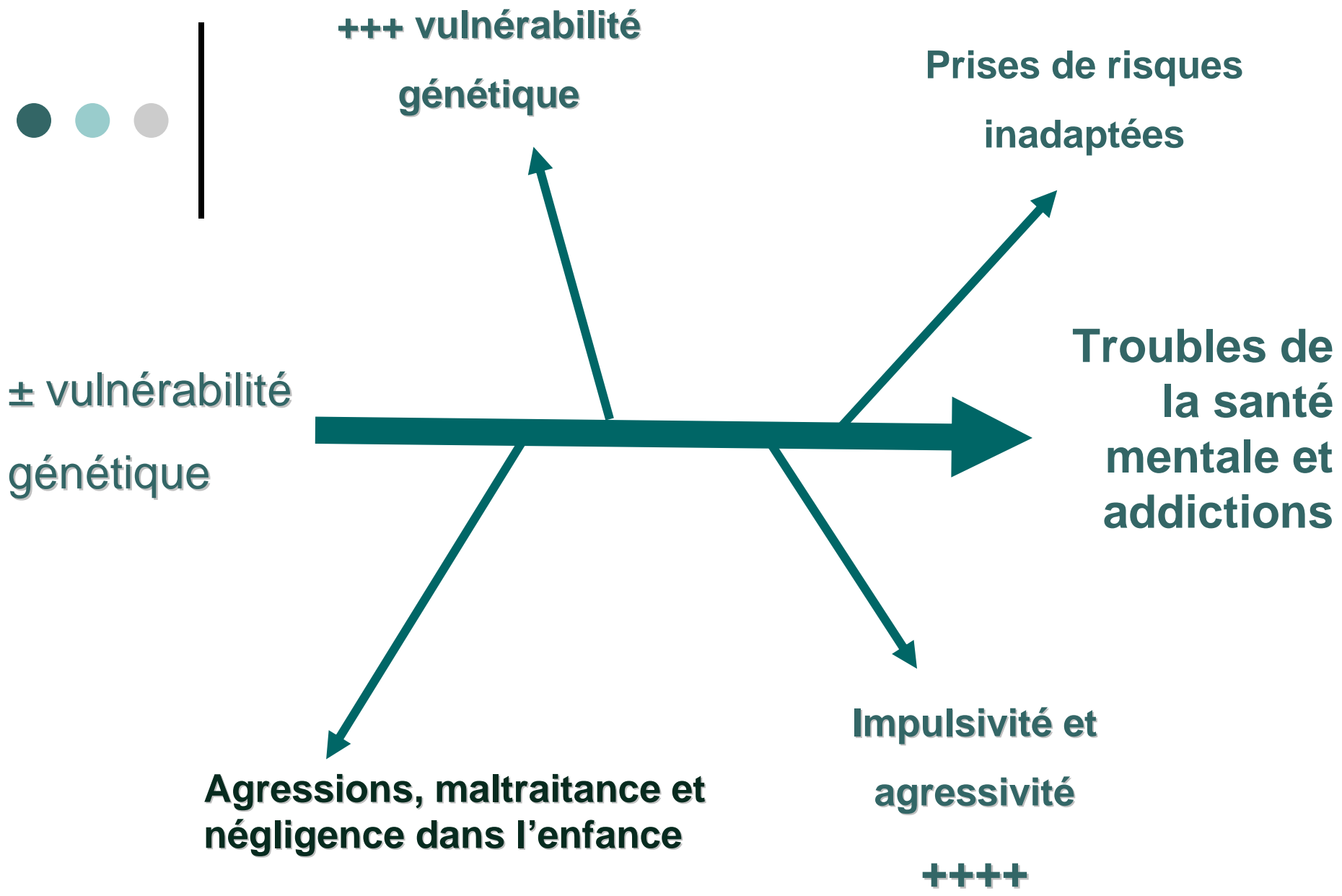


#4. Avoir été victime
d'agressions et de négligence
dans l'enfance a un effet au
long cours sur la prise de
substances et
sur la santé mentale
à l'âge adulte.



CONCLUSION

de #1, #2, #3 et #4





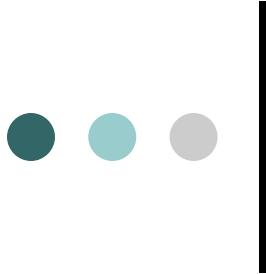
Ce qui a pour conséquence chez les personnes dépendantes... ..

1. Engagement irrationnel dans des conduites addictives;
2. Maintien des conduites addictives en dépit de punitions répétées;
3. Altération du contrôle des impulsions, de l'auto-régulation des émotions;
4. Altération du jugement;
5. Difficulté avec le délai de gratification;
6. Intensité dans l'expérience de craving;
7. Difficulté à reconnaître ses problèmes et à établir des liens entre les conduites addictives et ses problèmes;
8. Réponse inadaptée à ses problèmes.



#5

**LES ENQUÊTES
SUR LA PRÉVALENCE DES
TROUBLES MENTAUX
DANS LA POPULATION**

- 
1. La plupart des personnes qui ont présenté une dépendance à l'alcool ont changé sans traitement.
 2. La consommation précoce d'alcool (11-12 ans) est associée à une survenue précoce de la dépendance à l'alcool.
 3. La plupart des personnes dépendantes aux substances qui utilisent les services présentent ont au moins deux troubles mentaux.

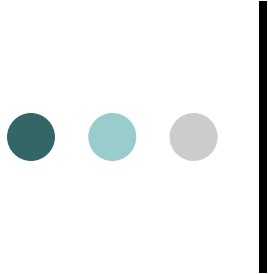


#5. Les personnes qui présentent une dépendance aux substances sont hétérogènes et celles qui vont en traitement sont les cas les plus lourds.



#6

LA COMORBIDITÉ

- 
1. La comorbidité est la règle plutôt que l'exception dans les services de 2^e ligne.
 2. L'adhérence au traitement est difficile, notamment parce que les troubles mentaux rendent plus difficile l'alliance thérapeutique.
 3. La rechute est plus fréquente chez les cas de comorbidité.



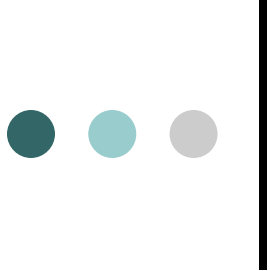
#6. Les services
doivent
prendre en compte
la comordibité.



#6. Une fraction des cas d'addiction sont des cas complexes.



#6. La trajectoire
addictive est faite
d'entrées et de
sorties du seuil
clinique.



#7

LA RÉADMISSION EN TRAITEMENT



1. Une proportion importante des usagers fait une rechute après le traitement.
2. Une proportion importante des usagers demande une réadmission en traitement.



#7. Les services doivent prendre en compte que les addictions comportent des rechutes.



#7. Une fraction significative des cas d'addiction sont des cas complexes et des cas chroniques .



#7. La trajectoire
addictive est faite
d'entrées et de
sorties du seuil
clinique.



#7. Quelle proportion des 40 000 personnes en traitement dans les CRD sont des réadmissions ?



#8

L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT



La thérapie est efficace.

Aucune technique évaluée n'est supérieure à une autre.

La thérapie est plus efficace pour les personnes qui ont moins de facteurs de risque.

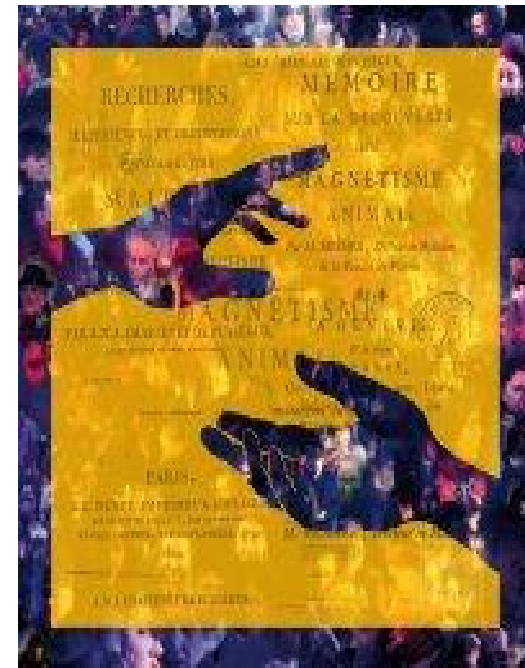
L'alliance thérapeutique est le facteur clé de l'efficacité du traitement.



Les compétences interpersonnelles facilitatrices

1. Mettre en mots ce qui se passe
2. Exprimer des émotions
3. Persuader
4. Donner de l'espoir
5. Être chaleureux
6. Être empathique
7. Établir une alliance
8. Résoudre des problèmes

#8. La qualité
de la relation
avec les
usagers
devrait être au
cœur de
l'intervention.





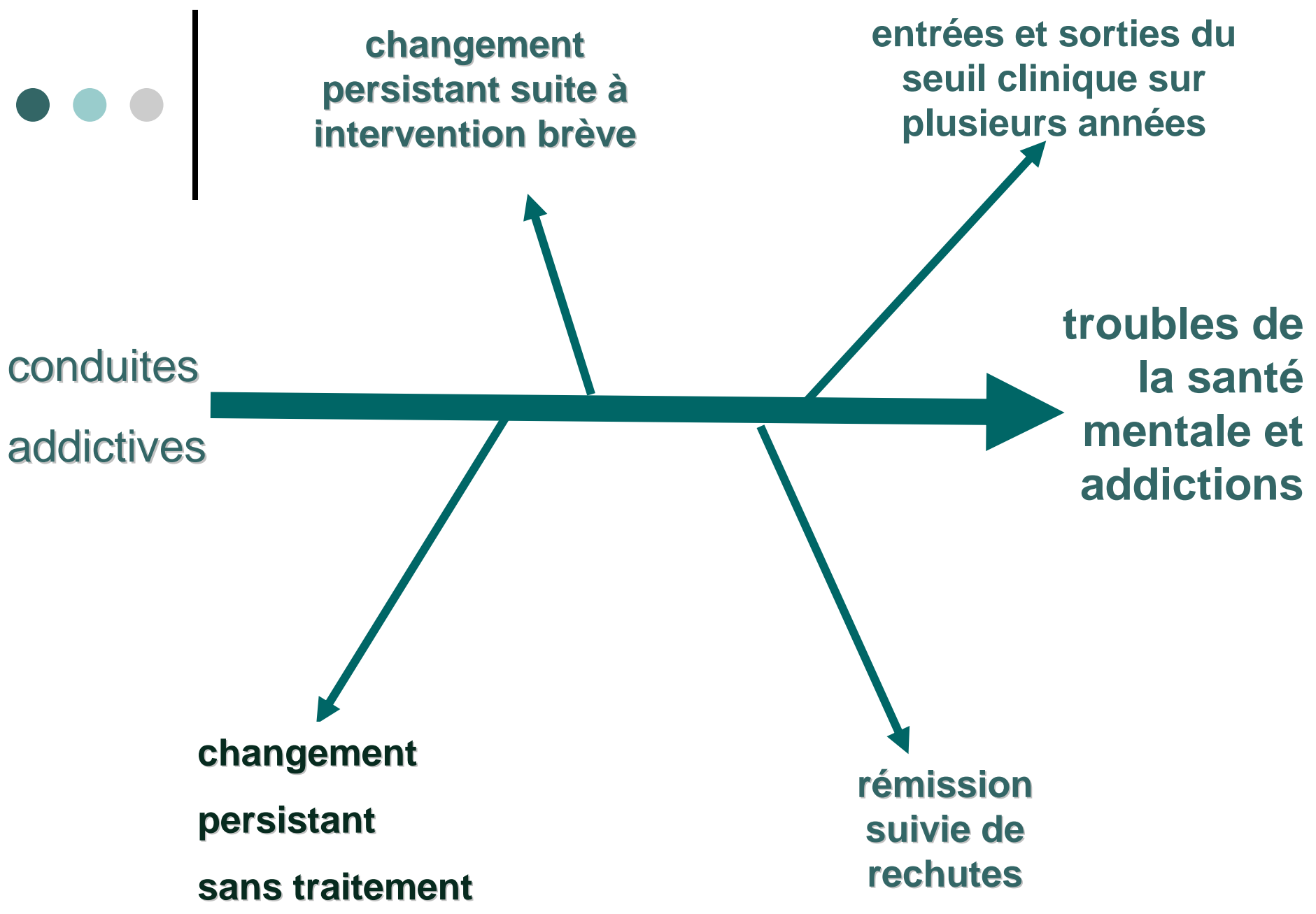
#8. Certains cas irritent les cliniciens, réclament beaucoup d'attention et ne collaborent pas au Tx.



#8. Certains cas complexes et chroniques peuvent épuiser les meilleurs intervenants.



CONCLUSION



conduites
addictives

**changement
persistant suite à
intervention brève**

**entrées et sorties du
seuil clinique sur
plusieurs années**

**troubles de
la santé
mentale et
addictions**

**changement
persistant
sans traitement**

**rémission
suivie de
rechutes**

**CAS AVEC
RECHUTES**

traumas de nature
diverse

**vulnérabilités
neurobiologiques**

cognitions
erronées,

émotions non
régulées

mentalisation
limitée

soutien social
faible ou
inexistant,
solitude.

peu
apprentissage
par essai et
erreur

peu
d'association
entre
problèmes et
addiction

prises de risques
répétées

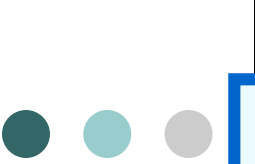
**difficulté à
faire
confiance**



Plus les facteurs de
risque sont
nombreux, plus
grands sont les
risques de rechute.



LES CAS COMPLEXES

- 
1. Troubles liés aux substances;
 2. Troubles de la personnalité;
 3. Ensemble de problèmes psychosociaux;
 4. Soutien social faible ou inexistant.
Expérience subjective de solitude.



Régulation émotionnelle.

Variations dans l'état émotionnel. Réactions émotionnelles intenses. Insatisfaction face à soi et à sa vie. Problèmes interpersonnels.

Traits antisociaux.

Attitudes hostiles et jugements moraux sévères. Recherche de sensations et impulsivité. Troubles de la conduite. Tendance à manipuler et à utiliser les autres à ses propres fins.

Inhibition.

Difficulté avec l'intimité. Difficulté à s'exprimer. Identité peu déterminée.

Rigidité.

Attitude inflexible dans plusieurs sphères de leur vie.



LES CAS CHRONIQUES



Limites neuropsychologiques.

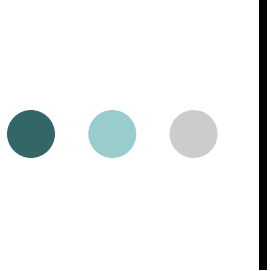
Problèmes de mémoire. Difficulté avec l'anticipation. Souvent, QI faible.

Inadaptation.

Soutien social limité ou inexistant. Problème avec la résolution de problèmes. Difficulté avec gestion de la vie quotidienne.

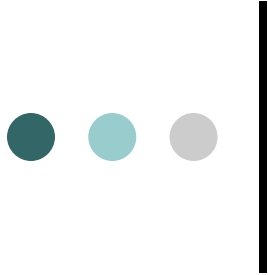


**CINQ MOYENS À
EXPLORER.**



#1

Une conception des services à
durée indéterminée

- 
- Planification des services dans un modèle au long cours. Les rechutes sont incluses dans la planification d'une fraction de la programmation.
 - Évaluation à l'admission en traitement du nombre de facteurs de risque pour évaluer le risque de rechute.



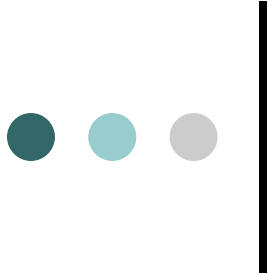
Les facteurs de risque...

1. Parents alcooliques
2. Consommation précoce
3. Négligence et agressions dans l'enfance
4. Troubles mentaux concomitants
5. Absence de soutien social
6. Mentalisation limitée



#2

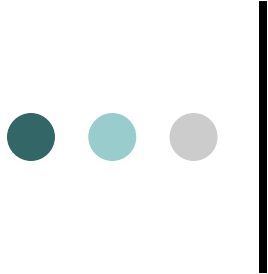
Un système de suivi continu de l'état de santé mentale et physique et des conduites addictives.

- 
- Établir durant et après le traitement un système de suivi pour les conduites addictives, la santé mentale et les problèmes associés.
 - Identifier dans chaque unité qui est le plus apte à faire le suivi après le traitement.
 - Rejoindre les usagers pour prendre de leurs nouvelles et faire le suivi.



#3

Une structure simple pour la
réadmission en traitement

- 
- Le modèle de maladie chronique ne se conçoit pas en termes de réadmission en traitement, mais de suivi.
 - L'établissement devrait prévoir une procédure pour la continuité du traitement.

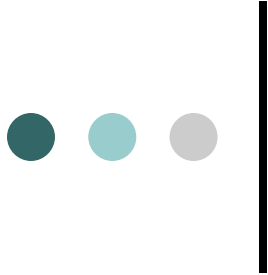


Il faut emprunter à la
médecine
des interventions pour les
maladies chroniques
et
à la santé mentale,
des interventions pour les
troubles
sévères et persistants.



#4

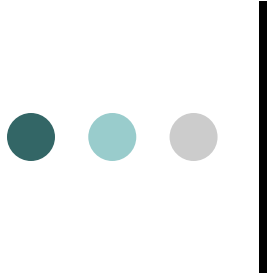
Un travail d'équipe

- 
- Une équipe est responsable d'un groupe d'utilisateurs à haut risque et de leur suivi.
 - La structure du travail et les conventions collectives devraient être adaptées à ce type de service.



#5

Interventions qui tiennent
compte de la spécificité
des cas.

- 
- La prédominance des troubles de la personnalité chez les cas complexes.
 - La prédominance de la résolution de problèmes chez les cas chroniques.



CONCLUSION



- Les pratiques en santé mentale et en médecine peuvent servir de balises pour revoir nos pratiques.
- La responsabilité d'une équipe plutôt que d'un intervenant .



- La proportion élevée de rechutes et de réadmissions justifie un examen des pratiques actuelles.
- Les coûts socio-économiques et humains des rechutes sont significatifs. Le suivi pourrait réduire certaines rechutes dévastatrices.



Remerciements à
Marie Lacavalier



SOURCES

- Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. J Subst Abuse Treat. 2005;28 Suppl 1:S51-62.
- McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. Addiction. 2005 Apr;100(4):447-58. Review.
- Moos RH. Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. Addiction. 2005 May;100(5):595-604. Review.
- Scott CK, Dennis ML. Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. Addiction. 2009 Jun;104(6):959-71
- <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction>



Merci !

