



Traitement des malades dépendants : un programme basé sur le modèle Minnesota

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 1745-9

**E. Sekera
C. d'Epagnier
D. Danis**

Drs Eva Sekera, Cédric d'Epagnier et Daniela Danis
Unité des maladies de la dépendance
Clinique La Métairie
Avenue de Bois-Bougny
1260 Nyon
esekera@lametairie.ch

Treatment of chemically dependent patients : a program based on the Minnesota Model

An example of the Minnesota Model adapted to a Swiss private clinic (Clinic La Métairie) is presented with the aim of showing its place in the network facilities for the treatment of addiction. The prospective study based on the Addiction Severity Index questionnaire allows to describe the characteristics of hundred patients treated during the years 2002-2003 and follow their evolution one year after the treatment. This evolution is favourable in all investigated areas ; 38% of patients remained totally abstinent during one year and even the outcome of 15% of patients in relapse has improved as well.

Un exemple d'adaptation du modèle Minnesota au sein d'une clinique privée suisse (Clinique La Métairie) est présenté dans le but de montrer sa place dans le réseau de soins pour les dépendances. Une étude prospective se basant sur le questionnaire standardisé ASI (*Addiction Severity Index*) permet de décrire les caractéristiques de cent patients traités en 2002-2003 et de suivre l'évolution de cet ensemble un an après le traitement. Cette évolution est favorable pour tous les domaines étudiés ; 38% des patients sont restés abstinents pendant un an. Même les 15% des patients en rechute démontrent une situation également améliorée.

INTRODUCTION

Pour le médecin de premier recours qui souhaite efficacement diriger son patient présentant un problème d'addiction vers un traitement spécialisé, il est important de connaître les orientations particulières des structures du réseau de soins à disposition. C'est dans ce but que nous présentons ici le traitement des dépendances selon le modèle Minnesota à la Clinique La Métairie et les résultats d'une étude prospective d'évaluation. Le but de cette étude était de saisir d'une manière stan-

standardisée le besoin d'aide de chaque patient et ceci, non seulement sur le plan médical, mais également dans sa situation socioprofessionnelle, souvent affectée par la maladie de la dépendance. L'évaluation a été reproduite un an après le traitement, afin d'objectiver les facteurs impliqués dans l'évolution des patients.

LE MODÈLE MINNESOTA

Créé au Minnesota dans les années cinquante, ce modèle thérapeutique des dépendances s'est largement répandu aux Etats-Unis et par la suite en dehors du continent américain.¹ La dépendance aux substances psychoactives est considérée dans ce modèle comme une maladie chronique et progressive. Le malade peut arrêter cette progression pour autant qu'il reste abstinente et applique une stratégie de rétablissement lui permettant de gérer sa vie sans devoir recourir aux substances psychoactives. On peut acquérir les bases de cette stratégie dans un centre de traitement avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire, dont la particularité est la présence de *conseillers en addiction*, qui sont eux-mêmes des personnes dépendantes en rétablissement, abstinentes depuis de nombreuses années et formées spécifiquement à ce modèle thérapeutique. Ces conseillers sont formés pour aider le malade à accepter la réalité de sa maladie et ses conséquences, à découvrir des stratégies de changement, à entrer dans un système d'aide et à retrouver espoir au travers de leur exemple. Ils collaborent étroitement avec le médecin et le psychologue, ainsi qu'avec les infirmiers et l'assistante sociale. Dès que le déroulement du sevrage le permet, le patient se joint au groupe des malades dépendants. L'atmosphère y est celle du partage et de l'entraide, de la confrontation au déni parfois. La thérapie se fait en grande partie en groupe, chaque patient bénéficiant également d'un soutien individuel.

La méthode est d'inspiration cognitivo-comportementale, associée au programme spirituel en douze étapes des Alcooliques Anonymes (AA)² et Narcotiques Anonymes (NA), que le malade continuera à appliquer à long terme. Cette initiation à la participation aux groupes d'entraide est une autre particularité du modèle Minnesota qui favorise la responsabilité de chaque malade dans son rétablissement. L'efficacité ainsi que les limites de cette méthode ont été démontrées dans l'étude MATCH,³ menée aux Etats-Unis avec un plan prospectif et multicentrique.

LE PROGRAMME À LA CLINIQUE LA MÉTairie

Inspirée par le modèle Minnesota, l'Unité des maladies de la dépendance à la Clinique La Métairie est spécialisée depuis 1986 dans le traitement des malades dépendant de l'alcool, des drogues et des médicaments psychotropes (benzodiazépines, barbituriques, analgésiques).⁴ L'admission se fait suite à une discussion avec le médecin traitant et après un entretien préalable avec le patient. Au cours du séjour hospitalier d'une durée de quatre à six semaines, le patient est sevré de toute substance addictive et participe à un programme psychothérapeutique. Ce programme permet au patient de prendre conscience des conséquences de son comportement, de renforcer sa motivation au changement et d'acquérir des stratégies pour le maintien de l'abstinence. Ceci se fait à travers des thérapies individuelles et en groupe, des informations sur la maladie, des lectures et des travaux écrits. Des séances de relaxation, de sport, de diététique et de créativité renforcent le recentrage du patient sur son rétablissement. Font partie du programme des témoignages d'anciens patients et la participation aux séances des AA et NA. Le séjour hospitalier est suivi d'une postcure ambulatoire sous forme de groupes hebdomadaires et de fréquentation des groupes d'entraide.⁵ Les patients des cantons éloignés ou venant de l'étranger bénéficient de la postcure sous forme de trois courts séjours de rappel. Ainsi, la prise en charge

spécialisée se poursuit pendant une année, en collaboration étroite avec le médecin traitant du patient. Les proches du patient sont invités à participer à ce programme sous forme d'entretiens et d'un groupe ambulatoire hebdomadaire pendant une année.

PLAN DE L'ÉTUDE

Comme outil standardisé d'évaluation, nous avons choisi le questionnaire Index de gravité des toxicomanies (ASI: *Addiction Severity Index*).^{6,7} Il s'agit d'un questionnaire standardisé semi-structuré qui mesure le besoin d'aide du patient dans sept domaines de sa vie (figure 1). Il ne s'agit donc pas directement d'une évaluation de la gravité des problèmes, mais plutôt de la nécessité de traitements additionnels nécessaires au patient. La passation de l'ASI dure environ une heure et l'ASI de suivi utilisé pour mesurer l'évolution du patient demande une vingtaine de minutes. Utilisé en clinique, l'ASI fournit sept *scores de gravité* découlant de la double évaluation de l'interviewer pondérée par celle du patient. Pour la recherche, l'ASI fournit en outre des *scores composites* (croissant en fonction de l'augmentation de la sévérité de 0,0 à 1,0) qui ne prennent en compte que les données dites objectives du questionnaire. Ce sont ces scores que nous présentons ici pour illustrer l'évolution de notre échantillon. La passation de l'ASI initial s'est déroulée durant les trois premiers jours après l'entrée du patient en traitement et avec son accord préalable. Trois autres questionnaires ont été ajoutés: l'AUDIT (repérage des problèmes d'alcool),⁸ le test de Fagerström (tabagisme)⁹ et le questionnaire de Beck (dépression).¹⁰ Ont été inclus les cent premiers patients entrés consécutivement en traitement à partir de juin 2002.

Un an plus tard, chaque patient a été revu en personne ou le cas échéant interviewé par téléphone. Nous avons recueilli les informations sur l'évolution du patient et refait passer un questionnaire ASI de suivi, ainsi que les autres questionnaires mentionnés pour la phase d'inclusion.

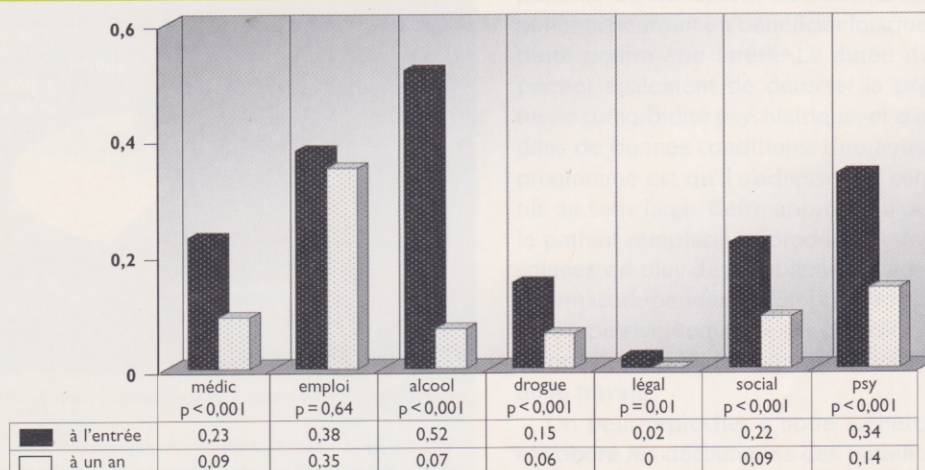


Figure 1. Evolution des scores composites ASI à l'entrée et après un an

Les sept domaines de l'ASI sont les suivants: 1. état médical; 2. emploi et ressources financières; 3. alcool; 4. drogues; 5. situation légale; 6. relations familiales et sociales; 7. état psychiatrique.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

L'âge moyen de notre échantillon de cent patients est de 48 ans (de 19 à 72 ans). Il y avait 39% de femmes. 63% des patients sont admis pour un problème d'alcool uniquement, 20% sont dépendants de l'alcool et des benzodiazépines, 13% sont polytoxicomanes et 4% sont dépendants uniquement des benzodiazépines. Notons que 71% des patients décrivent des problèmes de dépendance au sein de leur famille d'origine. Sur le plan socioprofessionnel, 60% sont mariés, 13% séparés ou divorcés, 61% ont un emploi et seulement 8% nécessitent une assistance sociale. Après un an, 96% des patients ont pu être contactés. L'évolution des *scores composites* de l'ASI entre l'entrée en traitement et après un an est présentée dans la **figure 1**. Les améliorations sont significatives dans tous les domaines, sauf «emploi/ressources». Les patients abstinents pendant un an ne présentent pas de scores à l'entrée différents de ceux qui ont rechuté. La **figure 2** montre le pourcentage d'abstinence continue ou reprise après une rechute, ainsi que le taux de patients qui sont en rechute après un an. Abstinence signifie l'absence de toute consommation d'alcool, de benzodiazépines ou de drogues et ceci même si leur consommation n'a pas créé de problème chez le patient donné.

Les patients qui, après le séjour hospitalier, participent à des groupes (postcure ou entraide), sont plus souvent abstinents que ceux qui ne le font pas (à savoir 49% des patients). En effet, seuls 19% de ceux qui n'ont pas participé à des groupes ont maintenu une abstinence continue alors qu'ils sont 61% parmi ceux qui y ont participé. Notons encore que ceux qui ont un score ASI plus élevé au niveau «alcool» participent plus souvent à la postcure ($p=0,04$).

Au plan psychiatrique, le questionnaire de Beck évaluant la dépression montre un score moyen à l'entrée en traitement de 19 points contre 8,7 points après un an ($p<0,001$), avec une corrélation positive entre les deux passations ($r=0,48$; $p<0,001$). A l'entrée, 55% des patients sont sous traitement antidépresseur (ou autres psychotropes non

benzodiazépiniques), contre 48% après un an. Ceci laisse penser que c'est l'arrêt de l'alcool qui est le facteur majeur de l'évolution favorable du score de Beck ainsi que du score psychiatrique de l'ASI, en favorisant d'une part, une diminution des symptômes dépressifs et en rendant d'autre part, le traitement antidépresseur plus efficace. Notons encore que dans l'ensemble étudié 79% des patients sont fumeurs. Après avoir été sensibilisés à l'arrêt du tabac pendant le traitement, 5% d'entre eux en sont devenus abstinents à un an.

DISCUSSION

Les résultats présentés dans cette étude peuvent sembler particulièrement bons, notamment en termes d'abstinence, mais aussi par l'amélioration de la qualité de vie des patients dans les domaines mesurés par l'ASI. A cela nous pouvons proposer quelques hypothèses. La population traitée dans notre unité est encore bien intégrée socialement et économiquement. Il n'est donc pas étonnant que la différence dans ce domaine étudié par l'ASI ne soit pas significative. Le support social est un facteur important de résilience et joue donc ici probablement un rôle favorable après l'hospitalisation, d'autant plus que les membres de la famille sont intégrés dans le processus du traitement.^{11,12} L'âge moyen relativement élevé des patients est un autre critère favorable: plus les patients sont jeunes, plus il est difficile de les motiver à l'abstinence. Le programme hospitalier est dense et la disponibilité de l'équipe favorise l'attachement à l'institution. Un esprit de groupe se développe entre les patients et se renforce dans la postcure, les contacts étroits ainsi créés sont un autre soutien important.

Cette étude permet de donner quelques indications au médecin traitant: peuvent bénéficier au mieux de ce programme les patients dépendants parlant français, ayant leurs fonctions cognitives conservées et en mesure de s'impliquer dans la postcure. Etant donné qu'un haut seuil d'abstinence est exigé, le programme ne s'adresse pas aux patients en traitement de substitution aux opiacés. Ces patients pourront en bénéficier lorsque le traitement substitutif pourra être arrêté. La durée du séjour hospitalier permet également de détecter la présence d'une éventuelle comorbidité psychiatrique, et d'initier son traitement dans de bonnes conditions. Une autre particularité de ce programme est qu'il s'adresse aux comportements addictifs au sens large. Cette approche a pour but d'éviter que le patient remplace un produit par un autre et permet de soigner, en plus des problèmes d'alcool et de drogues, la pharmacodépendance. Est prise en compte toute conduite compulsive, comme le jeu pathologique, les troubles du comportement alimentaire, les excès nocifs dans le sport ou le travail.

On peut reprocher à notre recherche de ne pas avoir corroboré les déclarations des patients avec des analyses biologiques, bien qu'il semble dans ce type d'étude que la parole donnée soit plutôt fiable. Cette étude se poursuit actuellement dans le but d'évaluer le devenir de ces patients après trois ans et de comparer notre échantillon avec celui d'un établissement de soins publics.

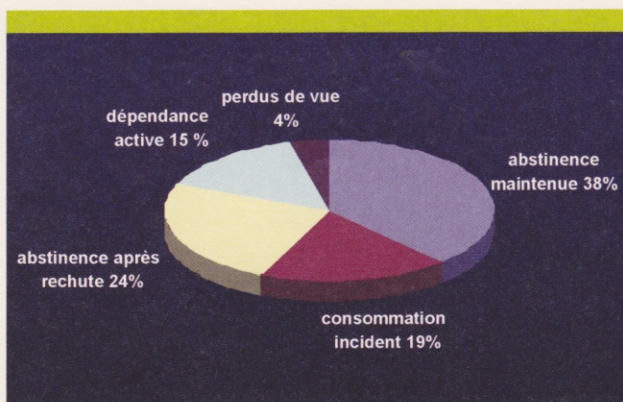


Figure 2. Taux d'abstinence – rechutes après un an

- Abstinence maintenue: aucune consommation pendant les 12 mois.
- Consommation incident: consommation ponctuelle et isolée n'ayant pas créé de problèmes.
- Abstinence après rechute: abstinence rétablie après rechute ayant entraîné des difficultés.
- Dépendance active: consommation régulière et abusive de psychotropes avec altération de la qualité de vie.



CONCLUSION

La prise en charge de la dépendance selon le modèle Minnesota se développe depuis une moitié de siècle dans de nombreux pays et son efficacité a été démontrée. Ce modèle, appliqué au sein d'une clinique psychiatrique privée, contribue efficacement à la richesse du réseau des soins médicaux pour dépendances en Suisse romande. Il propose aux patients dépendants une solution d'abstinence et initie chez eux une stratégie de rétablissement. ■

Remerciements

Au Dr Pascal Gache, de l'Unité d'alcoologie des HUG, pour ses conseils.

Implications pratiques

- La prise en charge des dépendances selon le modèle Minnesota se montre efficace pour atteindre l'objectif d'abstinence, ainsi que pour améliorer la qualité de vie
- Cette efficacité semble dépendre en grande partie de l'implication du patient dans un programme de postcure
- Les comorbidités psychiatriques et somatiques associées à la dépendance diminuent avec le sevrage et peuvent être alors traitées plus efficacement

Bibliographie

- 1 ** Cook CCH. The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Br J Addiction 1988;83:625-34 (part I) et 735-48 (part II).
- 2 Les Alcooliques Anonymes. Montréal: Service des Publications Françaises, des AA, 1989.
- 3 Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcohol Clin Exp Res 1998;22:1300-11.
- 4 * D'Épagnier C, Udry C. Traitement de malades dépendants selon le modèle de Minnesota dans une clinique psychiatrique suisse. Alcoologie et Addictologie 2000;22:239-46.
- 5 Danis D, Gache P. Les groupes d'entraide: complémentarité ou concurrence avec les psychothérapies. Dépendances 1999;7:24-6.
- 6 * McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. J Nerv Ment Dis 1980;168:26-33.
- 7 Bergeron J, Landry M, Ishak A, Vaugois P, Trépanier M. Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT). Les Cahiers de Recherche du RISK, Nov. 1992, Montréal: Recherche et Intervention sur les Substances Psycho-actives – Québec, 1992.
- 8 Saunders JB. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Addiction 1993;88:791-804.
- 9 Todd F, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addiction 1991;86:1119-27.
- 10 Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-71.
- 11 Danis D. Codépendance en miroir: La problématique de l'entourage des personnes dépendantes. Der informierte Artzt/Gazette Médicale 1998;16:766-8.
- 12 Sekera E, Danis D, Gache P, Gabris G. Aider les proches pour motiver les malades alcooliques à se soigner. Alcoologie et Addictologie 2003;25:47-9.

* à lire

** à lire absolument