

ADDICTOLOGIE



MEDICOECONOMIE : CHIFFRES CLES

- TABAC : 18 millions d'usagers quotidiens ; 60 000 morts/an
- ALCOOL : 48 millions d'usagers ; 4.5 millions d'usagers quotidiens ; 2 millions d'abuseurs/dépendants; 40 000 morts/an
- MEDICAMENTS PSYCHOTROPES : 6 millions d'usagers
- CANNABIS : 9 millions d'usagers ; 160 000 usagers quotidiens
- OPIACES : 150 000 usagers quotidiens
- COCAÏNE : 300 000 usagers ; 15 000 dépendants
- AUTRES : ecstasy ; amphétamines ; hallucinogènes etc.
300 000 usagers

DÉFINITION DE L'ADDICTION

- Addiction est un terme repris du droit où il désignait la « contrainte par corps ».
- En 1990, Goodmann a proposé une définition de l'addiction :
« Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

CONVERGENCES

- Toujours transversale ; adaptation socioculturelle et au toxique concerné
- Fréquente association des dépendances
- Facteurs sociaux de survenue et d'exclusion
- Activation et dysrégulation des mêmes systèmes neurobiologiques
- Psychopathologies et troubles de l'adaptation communs

PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

OBJECTIFS

- Arrêter la consommation ou le comportement de façon réaliste
- Maintenir cet arrêt dans la durée : projet de soins à long terme
- Rééquilibration biopsychosociale
- Objectifs partagés dans une alliance thérapeutique

PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

BILAN INITIAL

- le(s) comportement(s) addictif(s)
- évaluation psychopathologique
- comorbidités somatiques
- situation sociale
- évaluation de la motivation au changement

LES QUESTIONS EN ADDICTOLOGIE

- Quel(s) est (sont) le(s) produit(s) consommé(s) ?
- La consommation est elle rare, fréquente ou régulière ?
- Quelle est la quantité consommée ?
- Quelles sont les circonstances de consommation (isolée ou en groupe) ?
- Y a-t-il des conséquences nocives ou des dommages ?
- Quelle importance le consommateur reconnaît-il à cet usage ? Pour s'amuser de temps en temps ? Pour faire comme les autres ? Parce qu'il l'estime indispensable à son bien-être ?

PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE MULTIDISCIPLINARITE

- coordination des acteurs de santé indispensable
- désignation d'un référent unique de la prise en charge globale
- prise en charge relationnelle partagée par tous les professionnels
- pérenniser la motivation et l'implication dans le changement
- TCC ; approche familiale systémique ; accompagnement socioéducatif

PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

MEDICAMENTS

Médicaments de remplacement

- Peu contraignant ; conduite addictive inchangée ; expérience euphorique
- Supprime les symptômes de sevrage et pas l'envie/besoin

Médicaments addictolytiques

- Contraignant ; conduite addictive supprimée ; pas d'effet euphorique
- Supprime symptômes de sevrage, envie, besoin et effet renforçant

EVALUATION EN ADDICTOLOGIE

LES BASES

Détermination préalable d'un objectif nécessaire

- Clinique : repérer des problèmes thérapeutiques
- De recherche : comprendre la physiopathologie
- D'évaluation des dispositifs de soins

Utilisation des questionnaires à développer

Recueil d'informations pertinentes, valides, fiables

Méthodologie rigoureuse, choix des indicateurs

EVALUATION EN ADDICTOLOGIE

LES OUTILS

HETERO EVALUATION

- DSM IV (MINI) & CIM 10; EDE

Repérage : **FACE**

Evaluation multi factorielle: **ASI** & ASI Ado; MAP; TCU-CI

Multi factorielle repérage et diagnostic : GAIN

AUTO EVALUATION

- Alcool : **DETA/CAGE**
- Tabac : **Fagerström**
- Cannabis : CAST ALAC ; CUDIT ; **DETA/CAGE cannabis**
- Toutes substances: **CRAFFT/ADOSPA**
- Jeux d'argent: **SOGS**
- Usage de substances et conséquences: POSIT ; DEP-ADO

CONDUITE DOPANTE

Définition : consommation d'une substance chimique ou un médicament pour affronter un obstacle et/ou pour améliorer ses performances, qu'elles soient physiques, intellectuelles, artistiques.

Dopage sportif : consommation d'une substance ou procédé interdit par la loi pour préparer ou participer à une compétition sportive.

Facteurs prédisposant :

- Le sexe et l'âge
- les pairs, le milieu familial, les amis, les collègues de travail : le besoin de s'intégrer, l'isolement social
- l'obligation de résultats, la pression ou le désintérêt de l'entourage vis-à-vis des résultats, le système de carrière

SUBSTANCES DOPANTES

- **Cannabis** : interdit aux sportifs
- **Stimulants** : amphétamines, cocaïne, l'éphédrine et produits dérivés.
- **Narcotiques** : moins de douleur, plus de bien être
- **Agents anabolisants** : dérivés de la testostérone, augmentent force, puissance, endurance, agressivité, vitesse de récupération après une blessure.
- **Glucocorticostéroïdes** : anti inflammatoires, anti fatigue, psychostimulants
- **Bêtabloquants** : ralentissent le rythme cardiaque, anti stress

MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS

Anxiolytiques : risque de dépendance aux benzodiazépines

Hypnotiques

On distingue trois types de toxicomanies médicamenteuses

- Une escalade médicamenteuse, à l'insu du patient
- Une surconsommation médicamenteuse volontaire
- Poly consommation par exemple :
héroïne+benzodiazépines ; association avec l'alcool fréquente

MÉDICAMENTS PSYCHO ACTIFS : INFORMER ET RÉDUIRE L'ORDONNANCE

- Tranquillisants ou somnifères peuvent être prescrits temporairement sans conséquences pour la santé.
- Les médicaments psycho actifs ne doivent pas être réutilisés sans nouvel avis médical et ne conviennent pas à une autre personne : une prescription est individuelle et personnelle.
- Une consultation médicale ne se termine pas obligatoirement par la prescription de médicaments, notamment de tranquillisants ou de somnifères.
- Un état anxieux ne relève pas systématiquement d'une prescription de tranquillisants. Le médecin saura s'il s'agit d'une maladie ou de difficultés passagères, et proposera alors des solutions adaptées.
- Le patient doit se conformer strictement à l'ordonnance du médecin

JEU PATHOLOGIQUE

DSM IV-TR : « troubles du contrôle des impulsions »

Rôle prépondérant des systèmes dopaminergiques

Critères :

- Préoccupation constante pour le jeu
- Mensonges, actes illégaux, mise en danger d'une relation affective importante, d'un emploi
- efforts constants pour arrêter ou contrôler le comportement.
- Nécessité de sommes d'argent croissantes pour atteindre l'excitation, agitation, irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt

Comorbidités fréquentes : addiction tabac, alcool, troubles anxieux, de l'humeur et de la personnalité
Traitement TCC : rôle majeur de l'illusion du contrôle du hasard

ACHATS COMPULSIFS

Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou impulsions d'achat vécues comme irrépressibles, intrusives et dépourvues de sens.

Achats fréquents

- supérieurs aux capacités financières
- d'objets inutiles
- d'une durée plus longue que prévue

Entraînent perte de temps, perturbations sociales et financières

ADDICTION AU SEXE

- Touche surtout l'homme de tout âge et de toute classe sociale
- Actes répétés, incontrôlables, sans motivation rationnelle claire
- Passage à l'acte typiquement précédé par une période de tension et d'excitation
- Sentiment de soulagement et de gratification après le comportement
- Possible culpabilité post acte

CYBERADDICTION

Mode d'utilisation inadapté de l'Internet conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative

- tolérance : besoin d'augmenter son temps de connexion
- symptômes de sevrage si absence de connexion
- temps de connexion plus important que prévu
- désir persistant ou efforts infructueux pour le diminuer
- préjudice pour les activités sociales, professionnelles, de loisirs
- comportement persiste malgré la connaissance de ce préjudice

JEU DU FOULARD

Etranglement volontaire réalisé seul ou à plusieurs

Objectif : vivre une expérience, des sensations nouvelles

Touche principalement des jeunes de 4 à 20 ans

Modalités :

- Hyperventilation forcée obtenue par quelques flexions rapides des jambes et de grandes inspirations
- Puis un blocage de la respiration assorti d'une pression sur les carotides voire d'une forte compression du sternum

Un évanouissement se produit précédé de sensations de type hallucinatoire

ADOLESCENCE ET CONDUITE PATHOLOGIQUE

- La plupart des consommations problématiques commencent avant vingt ans
- Période d'expérimentation entre quête d'autonomie et besoin des parents
- Une consommation est le signe d'un problème, pas d'une toxicomanie
- Maintenir le dialogue et donner des explications
- Exercer son autorité parentale pour établir des repères

MESUSAGE ET ADOLESCENCE

Tout adolescent devrait bénéficier d'un dépistage portant sur sa consommation de substance (grade B).

Il se centrera moins sur la consommation quotidienne d'alcool et plus sur « binge drinking » (grade B).

Si on suspecte un mésusage d'alcool, réaliser au moins deux entretiens distants d'1 ou 2 semaines abordant

- La consommation d'alcool et la prise concomitante d'autres substances psycho actives
- Les facteurs aggravants comme une comorbidité psychiatrique ou un cadre familial, professionnel ou social déficient.

L'évaluation doit permettre d'éviter la banalisation, mais aussi une dramatisation excessive.

Dans les situations à la limite du mésusage, un suivi à 3-6 mois doit systématiquement être proposé.

DROGUES ILLICITES

- HEROÏNE
- COCAÏNE
- ECSTASY
- POLYCONSOMMATIONS

HEROÏNE

COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

- Pharmaco psychose
- Dépression
- Troubles anxieux
- Schizophrénie
- Co addictions
- Sociales : désocialisation, marginalité, prostitution, délinquance, fractures familiales

HEROÏNE

COMORBIDITES SOMATIQUES

- Infectieuses
- Epilepsie
- Gynéco obstétricales
- anémie

SYNDROME DE SEVRAGE AUX OPIACES

le manque

Envie impérieuse de prendre un opiacé, accompagnée d'anxiété puis bâillements, sueurs, larmoiement, rhinorrhée; quelques heures plus tard sensations de chaud et froid, courbatures et douleurs musculaires, horripilation puis nausées, insomnie, hyperthermie ; enfin s'ajoutent diarrhée, mydriase, anorexie et asthénie.

C'est pénible voire très pénible mais non insurmontable surtout si le soutien moral est suffisamment intense et adapté.

HEROÏNE

THERAPEUTIQUE

- Bilan de base : les antécédents ; évaluation de la dépendance et de la psychopathologie sous-jacente ; examen clinique somatique ; entretien motivationnel
- Mise en place du sevrage thérapeutique : méthadone ; buprénorphine. Traitement des manifestations symptomatiques du sevrage.
- Soutien psychologique

DIFFÉRENCE ENTRE MÉTHADONE ET SUBUTEX

BUPRÉNORPHINE	MÉTHADONE
Agoniste partiel avec effet plafond = risque d'overdose nul en mono-thérapie	Agoniste pur = dose létale 1 mg/kg/jour pour des patients non-dépendants
Effet opiacé limité : effet plafond thérapeutique (ex : douleur)	Effet opiacé plus prononcé : effet dose-dépendant, climat morphinique
Biodisponibilité aléatoire 15 à 60 %	Biodisponibilité élevée 80 %
Métabolisme peu variable	Forte variation du métabolisme = pratique des méthadonémies
Comprimé hydrosoluble (sublingual) = détournement par voie IV possible	Sirop non injectable

PROTOCOLE METHADONE

- Prescripteur initial CSAPA, établissement de santé, relais en ville possible.
- Liste des stupéfiants ; durée de prescription 14 j ; ordonnance sécurisée ; délivrance 7 jours ; fractionnement possible et conseillé ; renouvellement interdit ; chevauchement si mention expresse.
- Si dépendance sévère, difficulté à renoncer à l'injection, pathologie psychiatrique associée, difficulté de gestion du traitement.
- CI : moins de 15 ans, intoxication aigüe, insuffisance respiratoire grave
- Analyse d'urines obligatoire avant le début du traitement puis pour le suivi.
- Dose initiale 20 à 40 mg/j en fonction de l'évaluation quantitative de la consommation et du mode d'administration
- Prise quotidienne, plutôt unique et matinale
- Paliers d'augmentation 5 à 10 mg/j. Posologie de stabilisation 60 à 100 mg/j

DIFFERENTES PHASES DU TRAITEMENT PAR LA MÉTHADONE

Phase 1 : disparition des signes physiques du manque, obtenue dès les premiers jours (bâillements, rhinorrhée, mydriase, larmoiement, agitation, douleurs abdominales...)

Phase 2 : rechercher la réduction maximale des symptômes cliniques subjectifs (anxiété, irritabilité, réveil précoce, **pulsion pour les drogues – craving...**)

Phase 3 : obtenir l'arrêt de la consommation d'opiacés illicites

« L'usage continu d'opiacés illicites est une indication absolue à augmenter le dosage de la méthadone »

PROTOCOLE BUPRENORPHINE

- Prescripteur initial : tout médecin ; liste 1 (mais règles de prescription et délivrance des stupéfiants)
- Durée de prescription 7 j ; délivrance 7j
- CI : moins de 15 ans, intoxication aiguë, insuffisance respiratoire grave, insuffisance hépatique grave
- Dose initiale : 4 à 8 mg/j
- Prise quotidienne, unique et sublinguale
- augmentation par paliers de 1 à 2 mg. Posologie de stabilisation 8 à 16 mg/j

Les trois phases du traitement

POSOLOGIE INITIALE

0,8 mg à 4 mg/jour
EN UNE SEULE PRISE SUBLINGUALE⁽¹⁾

4 h après la dernière prise de stupéfiants⁽¹⁾

INDUCTION

ADAPTATION POSOLOGIQUE PROGRESSIVE

Par palier de 2 mg/j en quelques jours⁽¹⁾

POSOLOGIE D'ENTRETIEN

ne dépassant pas

la posologie maximale : 16 mg/jour
EN UNE SEULE PRISE SUBLINGUALE⁽¹⁾

STABILISATION

POSOLOGIE À ÉQUILIBRER

Selon les signes de manque : asthénie, anxiété,
irritabilité, troubles du sommeil...
Délivrance hebdomadaire possible⁽²⁾

DIMINUTION PROGRESSIVE

Par palier de 2 mg
sur plusieurs semaines
puis de 0,4 mg
sur plusieurs semaines

ARRÊT

4 CRITÈRES MAJEURS

- Demande émanant du patient - Bonne qualité de vie : réinsertion affective, sociale et professionnelle,
- Bon état physique - Bon état psychique⁽¹⁾

Précisez bien les modalités de prise par voie sublinguale. Le comprimé de Subutex® doit être maintenu sous la langue jusqu'à dissolution complète, soit habituellement 5 à 10 minutes.⁽¹⁾

Suivi médical

- 2 consultations / 1^{er} semaine
- = contact téléphonique quotidien.
- Contact avec le pharmacien
- + nom du pharmacien sur l'ordonnance.
- Délivrance quotidienne contrôlée.
- Prise recommandée sous contrôle du pharmacien à l'officine⁽¹⁾.

Réévaluation⁽¹⁾

de l'état clinique et des mesures d'accompagnement.

PRISE EN CHARGE MEDICOPSYCHOSOCIALE⁽³⁾

- Diagnostic et prise en charge spécialisée des co-morbidités (infectieuses virales et psychiatriques)
- Prise en charge psychologique + suivi social.

1. Résumé des caractéristiques du Produit SUBUTEX®. 2. Gibler L. Prise en charge des usagers de drogues. Coll. Conduites. Eds Doin - 1999 : 106-107. 3. Aubert JP. Le toxicomane en médecine générale : les premières consultations ; Rev Prat 1998 ; 12 (440) 17-22. 4. Fontaa V. Le médecin et le toxicomane - Guide pratique - Coll. réflexes - Eds Heures de France - 2003 : 164-167. 5. Lowenstein W. La méthadone et les traitements de substitution. Collection Conduites. Ed Doin Paris 1996 : 119.

COCAÏNE

COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

- Pharmacopsychose
- Trouble du comportement
- Syndrome dépressif
- Troubles anxieux
- Trouble psychotique
- Effets cliniques de la cocaïne

COCAÏNE

COMORBIDITES SOMATIQUES

- Infectieuses
- Pulmonaires
- Cardiovasculaires
- Neurologiques
- Rénales
- Gynéco obstétricales
- Ophtalmologiques
- Abdominales
- ORL

COCAÏNE

THERAPEUTIQUE

- Bilan de base : les antécédents ; évaluation de la dépendance et de la psychopathologie sous-jacente ; examen clinique somatique ; entretien motivationnel
- Mise en place du sevrage thérapeutique en réseau : il n'y a pas de traitement substitutif pour la cocaïne
- TCC

ECSTASY

COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES

- Pharmacopsychose
- Bad trip
- Dépression
- Attaques de panique
- Troubles du sommeil
- Troubles cognitifs à long terme (mémoire)
- Etat délirant
- Psychose chronique

ECSTASY

COMPLICATIONS SOMATIQUES

- Syndrome d'hyperthermie
- Hépatite induite par MDMA
(3,4 **M**éthylène**D**ioxy**M**éth**A**mphétamine)
- Hyponatrémie
- Convulsions
- Accident vasculaire cérébral
- Thrombose du sinus veineux cérébral

ECSTASY

THERAPEUTIQUE

- Bilan de base : les antécédents ; évaluation de la dépendance et de la psychopathologie sous-jacente ; examen clinique somatique ; entretien motivationnel
- Mise en place du sevrage thérapeutique en réseau : il n'y a pas de traitement substitutif pour les amphétamines
- TCC

LES POLY CONSOMMATIONS

Polyconsommations : usage régulier et concomitant de plusieurs substances psycho actives :

- Tabac-alcool
- Alcool-tabac-cannabis
- Alcool-médicaments

Problématique fréquente en santé publique dont le repérage

- incombe aux intervenants de 1^{ère} ligne : recherche systématique sans l'attente obligatoire d'une demande de soins
- est couplé à des actions d'information : campagnes grand public, associations d'usagers.
- s'appuie sur des outils fiables, simples et validés.

PRISE EN CHARGE DES POLY CONSOMMATIONS

- Clarté des dispositifs de soins existants ; structures d'écoute téléphonique pour les professionnels
- Prise en charge : cadre pluridisciplinaire, référent unique, dossier pharmaceutique informatisé
- Structure d'addictologie : mise en évidence des abus et dépendances plutôt que sur une prise en charge démembrée par produit
- Traitements résidentiels ou hospitaliers durant plusieurs mois pour les cas sévères