Université de Bordeaux

Formation Continue de Santé en addictologie
DESC d'Addictologie
DU et Capacité d'Addictologie
DES de médecines spécialisées et de médecine générale
Master 2e année de neurosciences
Master 2e année de psychologie
Diplôme de Formation Approfondie en sciences médicales, 1e année

Enseignement d'addictologie

Addicto : Le Polycop de Bordeaux

Document en évolution
Edition 20 novembre 2014
Assurez-vous d'avoir la dernière version
https://formatoile2.u-bordeaux.fr/
www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static31/enseignements-et-formations

Dr. Mélina Fatséas melina.fatseas@u-bordeaux.fr
Dr. Jacques Dubernet jacques.dubernet@u-bordeaux.fr
Pr. Marc Auriacombe marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

AVERTISSEMENT

Mise en ligne de l'enseignement d'addictologie
(www.formatoile.u-bordeaux2.fr)
Ce document n'a pas été conçue pour être vu «tout seule». Certains aspects ne sont donc pas très compréhensibles, voire pourraient induire en erreur, en l'absence de l'exposé correspondant. Soyez donc prudents. N'hésitez pas à demander sur le Forum.
N'utilisez pas ces documents sans indiquer votre source.

Reproduction interdite sans indiquer la source

© Marc Auriacombe et auteurs, Université de Bordeaux

Qu'est-ce que l'ADDICTOLOGIE ?

Marc Auriacombe
Professeur d'université à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, Bordeaux, France.
Adjunct Assistant Professor à la Faculté de médecine de l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie, USA.

Directeur-adjoint du Laboratoire CNRS USR 3413, responsable de l'équipe Phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs.

Chef du Pôle Addictologie, CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.

marc.auriacombe@u-bordeaux2.fr
Mars 2011.

L'addictologie regroupe la tabacologie, l'alcoologie, les toxicomanies et certains comportements pathologiques comme la dépendance aux jeux ainsi que certains troubles alimentaires. Cependant, il ne s'agit pas d'un simple regroupement stratégique : celui-ci s'est imposé aux cliniciens (médecins, para-médicaux, psychologues, travailleurs sociaux) du fait de similarités fondamentales : clinique, psychologique, sociale et neurobiologique. Il ne s'agit pas uniquement d'une évolution française, mais d'une évolution retrouvée au niveau international. L'Addictologie, en tant que nouvelle spécialité médicale et universitaire, est formalisée en France par le décret de décembre 1999 portant création du DESC (diplôme d'étude spécialisé complémentaire) d'Addictologie et par le plan triennal 1999-2002 de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies). L'objet principal de l'addictologie est le repérage diagnostic, la thérapeutique et la prévention des modalités pathologiques de consommations de substances, quelles que soient leur statut social et leur acceptation culturelle, et de certains comportements, comme le jeu pathologique ou les troubles alimentaires. Ces troubles sont principalement représentés par « l'abus » ou « usage nocifs pour la santé » et la « dépendance » ou « addiction » et dont les critères diagnostiques acceptés internationalement sont opérationnalisés dans la CIM 10 (Classification internationale des maladies, 10^{e} version) de l'OMS (1992) et le DSM IV (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, 4^{e} version) de l'APA (1994).
Quelle que soit la substance concernée ou le comportement, le repérage diagnostic fait appel aux mêmes éléments. De même, le principe de la réponse thérapeutique est identique quelle que soit la substance ou le comportement. Ces éléments cliniques ont une incidence fondamentale pour l'organisation des soins et pour la formation des professionnels de santé en addictologie. De plus, l'intrication étroite des différentes addictions et leur comorbidité (par exemple la dépendance à l'alcool associée à la nicotine et au cannabis, ou la pratique des jeux d'argent associé à l'usage d'alcool et de tabac), soulignent d'autant plus la nécessité de développer la polyvalence de l'addictologie, caractérisée par une approche « inter-substances et inter-comportements ».
Trop souvent, les pathologies addictives ne sont pas repérées en tant que telles, mais à travers les dommages qui leur sont consécutifs, liés aux « toxicités » très différentes des substances et comportements addictifs. Cette « toxicité » peut-être évidemment biologique dans le cas des substances, mais elle est aussi sociale. Ces effets « toxiques » sont directement liés au simple fait de faire usage et aux quantités consommées. Cancer du poumon lié à la consommation de tabac, cirrhose du foie liée à la consommation d'alcool, troubles psychotiques liés à la consommation de cannabis, troubles métaboliques liés aux comportements alimentaires, difficultés financières liées aux jeux d'argent pour ne citer que les plus spectaculaires.
La prise en charge de ces dommages relève des disciplines médicales concernées (pneumologie, hépato-gastro-entérologie, psychiatrie, médecine interne), de l'intervention sociale et de l'accompagnement éducatif. Cependant, l'action nécessaire sur ces dommages n'a pas d'incidence sur les modalités pathologiques des consommations qui relèvent de la spécificité de l'addictologie. La prise en charge addictologique en ciblant son intervention sur la modalité pathologique d'usage va permettre à la personne aidée de se soustraire de l'usage pathologique. Une des conséquences est alors, du fait de la réduction de l'usage conséquence de l'intervention addictologique, la réduction des dommages induits par l'usage. Ainsi, chez une personne dépendante et qui a des dommages induits par l'usage, le repérage diagnostique de l'addiction et sa prise en charge spécifique est le déterminant vital de la pathologie secondaire.

Dépendance et addiction : définition et introduction

Mélina Fatséas
Psychiatre – addictologue, Docteur en médecine, docteur en psychologie, HDR
Chargée d'enseignement à l'Université Bordeaux Segalen et Chercheur, Sanpsy, CNRS USR 3413
Praticien hospitalier, Pôle Addictologie, CH Charles Perrens
melina.fatseas@u-bordeaux2.fr
Février 2012

La dépendance ou addiction se définit comme une modalité pathologique d'utilisation d'une substance ou d'un objet qui se caractérise par son aspect compulsif, la perte de contrôle du comportement d'usage et le maintien de ce comportement en dépit de l'accumulation de dommages dans de nombreux domaines. Les critères diagnostiques de dépendance (DSM IV) ne donnent plus qu'une importance secondaire aux symptômes induits par la substance (le sevrage et la tolérance) et insistent davantage sur la perte de contrôle du comportement de consommation et sur l'incapacité à limiter la prise de substance malgré les conséquences néfastes de cette consommation. Le lien d'aliénation instauré entre le sujet et la substance de dépendance génère un réaménagement de la vie quotidienne du sujet centré sur la préoccupation de se procurer et consommer la substance. Le besoin irrépressible de consommer ou « craving » est considérée par certains auteurs comme la manifestation clinique la plus caractéristique de l'addiction, contrainte poussant le sujet à utiliser la substance impliqué dans la rechute.

Critères de dépendance à une substance (DSM-IV)

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou d'une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1.Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
- besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
- syndrome de sevrage caractéristique de la substance
- la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

4. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

5. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets

6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisir importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Facteurs de vulnérabilité

L'addiction est une maladie complexe, multifactorielle, qui va résulter de l'interaction de nombreux facteurs de vulnérabilité : des facteurs liés aux substances, des facteurs de vulnérabilité individuelle et des facteurs environnementaux.

Facteurs psychopathologiques

Concernant les facteurs individuels de vulnérabilité, des facteurs psychopathologiques, en particulier certains traits de personnalité, le tempérament et les troubles psychiatriques, pourraient intervenir comme facteurs de risque vis-à-vis de l'initiation de l'usage et de l'évolution vers la dépendance. Des niveaux élevés de recherche de sensation, de recherche de nouveauté, les troubles anxieux ou dépressifs pourraient être particulièrement impliqués.
Parmi les troubles comorbides aux addictions, les troubles affectifs et les troubles anxieux, sont fortement prévalents. Les études de co-occurrence qui ont examiné la séquence d'apparition des différents troubles montrent que les troubles anxieux, en particulier les troubles phobiques précèdent le plus souvent l'apparition des conduites addictives, plus souvent que les troubles de l'humeur et pourraient représenter un facteur de vulnérabilité pour l'usage et la dépendance. Cependant, la méthodologie visant à mettre en évidence les rapports entre troubles psychiatriques et pratiques addictives est complexe : les troubles psychiatriques, en particulier l'anxiété et la dépression peuvent être des facteurs favorisants ou des conséquences de l'addiction. En effet, la plupart des substances addictives ont un effet positif sur l'humeur dans un premier temps, pour entraîner, lors d'un usage chronique, du fait des régulations adaptatives secondaires, un effet négatif entraînant des manifestations anxieuses et dépressives.

Facteurs génétiques

De nombreux éléments plaident pour un déterminisme génétique des addictions, non spécifique à l'objet de cette dépendance : les fortes comorbidités individuelles, les études familiales et la recherche sur les lignées animales du rat et de la souris.
De nombreuses études d'épidémiologie génétique ont montré un risque accru de dépendance chez les apparentés lorsque le proposant présente une dépendance, quelle que soit la substance à l'origine de la dépendance. Ces résultats vont dans le sens d'une coagrégation familiale des différentes dépendances. La voie potentiellement impliquée dans les gènes de vulnérabilité est la voie dopaminergique, sans que l'on puisse néanmoins actuellement attester de l'existence d'un gène spécifique. De nombreuses données suggèrent l'implication du gène codant le D2 dans les systèmes de récompense et la vulnérabilité aux addictions.

Facteurs environnementaux

Parmi les facteurs environnementaux, la disponibilité des substances, l'action politique de contrôle et de répression, variable selon les pays, jouent un rôle important. Outre ces facteurs, des paramètres géographiques et socio-économiques semblent également influer dans la distribution de l'usage et de la dépendance. Certaines études insistent également sur le rôle de l'environnement familial et de certaines dynamiques familiales, ainsi que sur celui de sous-groupes culturels et de l'influence du comportement des pairs.

Facteurs neurobiologiques

Les facteurs neurobiologiques incluent les systèmes de récompenses cérébraux avec un rôle important de l'aire tegmentale ventrale et du noyau accumbens. Les substances addictives stimulent de façon rapide et intense ces systèmes cérébraux, entrainant une libération de nombreux neurotransmetteurs, dont la dopamine. Ces phénomènes se traduisent par l'expérience subjective d'un état d'euphorie et de plaisir qui caractérisent l'effet renforçant

des substances, fortement impliqués dans le développement de la perte de contrôle du comportement.

Le rôle du stress

De nombreux modèles théoriques de l'addiction ont souligné le rôle important du stress dans la motivation à consommer des substances addictives, à travers à la fois la volonté de soulager un état de tension et de procurer un effet euphorisant. Le stress semblerait favoriser la consommation de substances chez les sujets vulnérables ainsi que la rechute chez les sujets dépendants. L'association positive entre stress et comportements de consommations a été supportée par de nombreux modèles animaux, montrant notamment que l'exposition précoce à un stress augmentait le risque ultérieur de comportements d'auto-administration à différentes substances. Chez l'homme, de nombreuses études vont également dans le sens d'une association entre stress précoce, états de détresse chronique, faible support parental et social, et augmentation du risque de consommer des substances addictives. De même, chez les sujets dépendants, quelques observations cliniques expérimentales ont montré que l'exposition à des évènements stressants était associée au craving et à la rechute.

Grille d'évaluation de la dépendance

Questionnaire DEPISTER construit à partir des critères du DSM IV
Applicable à l'ensemble des addictions*

Le patient : _ Date naissance : ____ /____ /____ ☐ F ☐ M

répond à : **au moins 3 des critères suivants sur la période des 12 derniers mois**
→ *Cochez la case si réponse affirmative* ☑

D*élaisse ses activités*

- Avez-vous **réduit, voire abandonné** vos activités (loisir, travail..) ou passez vous moins de temps avec les autres en raison de votre consommation ? ☐

E*nvie et temps passé*

- Passez-vous **beaucoup de temps** à y **penser**, essayer de vous en procurer, consommer, vous remettre des effets ? *(+ de 2h/ jour)* ☐

P*erte de contrôle*

- Lorsque vous commencez à consommer, vous arrive-t-il d'en **prendre plus** que vous n'en aviez l'intention ? ☐

I*mpossibilité d'arrêter*

- Avez-vous **essayé de réduire ou d'arrêter** votre consommation sans y arriver ? ☐

S*evrage **

- En consommant moins ou arrêtant, avez-vous des **signes gênants** types : nausées, diarrhée, changements d'humeur, tremblements, sueurs, anxiété, troubles du sommeil, du cœur, alimentaires, etc...? ☐

ou *ou*

- Vous arrive-t-il de reconsommer ou de prendre d'autres substances pour vous **soulager ou éviter** ces signes ? ☐

T*olérance*

- Constatez-vous le fait de devoir consommer de **plus grandes** quantités pour obtenir le **même effet** ? ☐

E*ntraine des problèmes*

- Continuez-vous à consommer tout en sachant que cela **entraine chez vous des problèmes** : de santé, psychologiques, sociaux, judiciaires, avec votre entourage, etc… ? ☐

R*appels **

pour s'assurer du diagnostic

- **Principaux symptômes de l'addiction :**
  ☐ Envie irrépressible ☐ Perte de contrôle ☐ Tentatives répétées d'arrêt
- **Principal signe d'une dépendance :**
  ☐ Rechute après arrêt *(= phénomène attendu, même avec un suivi en place)*

** **N.B** : Les symptômes de sevrage des différentes addictions sont très similaires.*
*Quelques précisions sont données **au verso** concernant les substances.*

Les signes cliniques de sevrage *

Manifestations	Durée	+/- Spécifiques	+++ Communes
• **Alcool** Aigues Dans les dix jours qui suivent l'arrêt *(au-delà ce n'est plus du sevrage)*	2 à 5 jours	*Aggravation possible* Confusion, hallucinations, convulsions, bouffées de chaleur *Voire Délirium Tremens* Agitation, délire visuel, délire de persécution…	**Anxiété, agitation, irritabilité** **Troubles du sommeil : insomnie, cauchemars** **Tremblements, sueurs** **Tachycardie, hypertension artérielle** **Nausées, diarrhées, perte de l'appétit** **Tendance dépressive avec anhédonie, fatigue**
• **Opiacés** Aigues Dans les heures qui suivent l'arrêt	Maximum en 2-3 jours Durée de quelques jours	*Sorte d'état grippal* Ecoulement nasal, larmoiement, bâillements, frissons ; Douleur musculaire, crampes d'estomac ; Mydriase.	
• **Tabac :** Aigues	Plusieurs semaines	*Sorte d'épisode dépressif agité* Trouble de la concentration ; Alimentation compulsive.	
• **Cannabis :** Aigues Avec pic à 48h	Quelques semaines (+/- 3)		
• **Cocaïne et Stimulants** Progressives	Plusieurs semaines	*Sorte d'épisode dépressif (d'évolution variable)* Bradycardie Alimentation compulsive Somnolence	

**** N.B : La seule présence de symptômes de sevrage n'est pas suffisante pour poser le diagnostic d'une dépendance.***

TABAC

Introduction

Les éléments cliniques de la dépendance au tabac présentent les mêmes caractéristiques que pour les autres substances.
Le tabac ou la fumée du tabac sont constitués de milliers de substances qui sont habituellement classées en quatre catégories principales :

- Nicotine : principale substance addictive
- Monoxyde de Carbone : athérosclérose, hypoxie sang + muscle, RCIU
- Cancérigènes (goudrons…)
- Irritants : atteinte du système d'épuration bronchique, diminution des défenses du poumon

Ainsi, la principale substance addictive impliquée dans le développement de cette dépendance est la nicotine.
La nicotine de la fumée du tabac est inhalée puis arrive au niveau des alvéoles pulmonaires où elle est absorbée de façon très rapide, du fait de la très grande surface alvéolaire. Après absorption pulmonaire, la nicotine via les veines pulmonaires et le cœur G, arrive en 10s au niveau cérébral. Cette voie d'administration cout-circuite ainsi le système cave et permet d'acheminer de façon très rapide la nicotine au niveau du système nerveux central, et en particulier au niveau du système de récompense cérébral. Cette activation immédiate du système de récompense est fortement impliquée dans le développement de l'addiction ; c'est ce qu'on appelle l'effet « shoot » ou effet renforçant positif perçu par le fumeur. Par ailleurs, les sujets vont adapter leur comportement de consommation (volume, fréquence des bouffées,

profondeur de l'inhalation) afin d'obtenir une concentration optimale stable de nicotine au niveau plasmatique (phénomène d'auto-titration). Cette propriété explique l'abandon récent de la classification des cigarettes en faible et fort contenu de nicotine.

1- Epidémiologie

On estime que le nombre de décès attribuables au tabac est d'environ 60 000 morts par an en France, dont environ 50 % sont liés aux cancers.
Un tiers des 18/75 ans sont des fumeurs réguliers, avec une majorité de fumeurs dépendants. Il existe par ailleurs une forte association entre dépendance au tabac et troubles psychiatriques.
On assiste depuis plusieurs années à une augmentation de la consommation de tabac chez les femmes.
L'âge de début de consommation est de plus en plus précoce à l'adolescence.
La mortalité liée au tabac augmente avec la consommation cumulée et la durée d'exposition. On calcule habituellement ce risque à l'aide du nombre de Paquets Anné (PA) :

PA = nombre de paquets par jour x nombre d'années de consommation de tabac.

Attention : A nombre égal de Paquets Année, la toxicité est plus élevée lors d'exposition plus longue. Doubler la quantité journalière de tabac multiplie le risque de cancer bronchique par 2 ; doubler la durée de consommation multiplie ce risque par 20.

Exemple : ½ paquet par jour pendant 30 ans (= 15 PA) > 1 paquet par jour pendant 15 ans (= 15 PA).

2- Clinique de la dépendance au tabac

Le repérage de la dépendance au tabac se réalise à l'aide d'un **entretien clinique** simple, permettant de rechercher les symptômes clé de l'addiction (critères DSM) : usage compulsif, perte de contrôle, craving et rechute.
On peut également s'aider de tests de dépistage, le plus connu étant le questionnaire de Fagerström. La principale limite de ces tests est qu'ils sont directement corrélés à la quantité de cigarettes fumées et explorent peu la dimension comportementale compulsive propre à l'addiction.
Le **dosage du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré** est un outil utile pour l'évaluation initiale et le suivi. Simple d'utilisation, rapide et peu coûteux, il reflète la consommation récente de tabac. Son intérêt principal réside dans le suivi au long cours en permettant d'objectiver la diminution ou l'arrêt de la consommation et ainsi être un renforçateur de la motivation du sujet.

3- Clinique de l'usage de tabac : intoxication aigue et sevrage

3.1 Intoxication aigue à la nicotine

La nicotine a un effet stimulant. Elle provoque une augmentation de la pression artérielle, une accélération du rythme cardiaque, une réaction adrénergique de l'organisme, une stimulation de l'éveil et une réduction de l'appétit.

Les signes de surdosage à la nicotine sont les suivants :

- Nausées, vomissements
- Palpitations
- Lipothymies
- Céphalées
- Douleurs abdominales
- Diarrhée
- Insomnies
- Bouche pâteuse

3.2 Sevrage de nicotine

Les symptômes de sevrage à la nicotine apparaissent rapidement après l'arrêt et peuvent durer jusqu'à 30 jours. Ils se caractérisent par :

- Irritabilité
- Anxiété
- Troubles du sommeil, insomnies
- Humeur dépressive, anhédonie
- Difficultés de concentration
- Augmentation de l'appétit
- Diminution du rythme cardiaque

4- Complications chroniques de la consommation de tabac

Les maladies liées au tabac sont multiples et variées. La principale toxicité du tabac est liée aux composés toxiques produits lors de la combustion du tabac. La plupart des composés présents dans la fumée ne le sont pas dans les feuilles de tabac avant la combustion (sauf la nicotine). Ainsi, la composition de la fumée en nicotine et produits toxiques dépend des conditions de combustion du tabac. Par exemple, les cigarettes roulées vont libérer plus de produits toxiques qu'une cigarette industrielle.

4.1 Complications oncologiques

- Cancer broncho-pulmonaire

Le risque est multiplié par 10 chez le fumeur. La consommation de tabac est impliquée de façon directe dans 90 % des cancers du poumon.

- Cancer des voies aéro-digestives supérieures
- Cancer de l'œsophage
- Cancer de la vessie
- Cancer du rein
- Cancer du pancréas
- Cancer du col de l'utérus

4.2. Complications respiratoires

- Bronchite chronique
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Insuffisance respiratoire chronique

4.3. Complications cardio-vasculaires

- Coronaropathies
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- HTA et cardiopathie hypertensive
- AVC ischémique

4.4. Complications dermatologiques

- Sécheresse cutanée
- Accélération du veillissement cutané

4.5. Complications gynéco-obstétricales

- Ménopause précoce
- Diminution de la fécondité
- Grossesse extra-utérine
- Fausses couches
- Accouchement prématuré
- Placenta praevia et hématome rétroplacentaire
- Retard de croissance intra-utérin
- Mort fœtale in utero
- Mort subite du nourrisson

4.6 Complications osseuses

- Ostéoporose post-ménopausique
- Allonge le temps de consolidation osseuse après fracture

ALCOOL

Introduction

1- Epidémiologie

On observe depuis environ 30 ans en France une baisse régulière de la consommation moyenne globale d'alcool (de 17,7 l d'alcool pur/an/habitant en 1960 à 10,7 l en 1999), essentiellement due à une diminution de la consommation de vin. Néanmoins, parallèlement à cette diminution, on observe un début de consommation plus précoce. La consommation quotidienne d'alcool concerne 20 % de la population générale adulte (Données du baromètre Santé). L'ensemble des données épidémiologiques nationales et internationales montrent que les hommes boivent plus que les femmes à la fois en quantité et en fréquence. La consommation quotidienne tend à augmenter avec l'âge.

Concernant la prévalence de la dépendance à l'alcool en France, nous ne disposons que de données indirectes de consommation. On estime que 9 % de la population générale a ou a eu un problème d'alcool. Environ 15 % des usagers d'alcool présentent un comportement de dépendance. Le risque de dépendance est plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

L'alcool est une substance dont la toxicité aigue et la toxicité chronique sont très élevées. L'impact de la consommation d'alcool, et plus particulièrement de la dépendance, au niveau sanitaire et social est par conséquent majeur.
L'alcool est la 3è cause de mortalité. On estime que le nombre de décès par an en France attribuable à l'alcool est de 45 000 par an.

Le risque de toxicité liée à l'alcool est évaluée selon la quantité consommée en unité d'alcool ou g d'alcool :

1 unité d'alcool=1 verre standard=10g d'alcool
Consommation (en g) = degré d'alcool x volume (l) x 8
Seuil de consommation excessive selon l'OMS : 40g/j pour les hommes et 30g/j pour les femmes

2- Clinique de la dépendance

Comme pour l'ensemble des substances, le repérage de la dépendance à l'alcool se réalise à l'aide d'un **entretien clinique** simple, permettant de rechercher les symptômes clé de l'addiction (critères DSM) : usage compulsif, perte de contrôle, craving et rechute.

On peut également s'aider de questionnaires de dépistage comme par exemple le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) ou le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorder Test), qui recueillent des données de consommation déclarée et évaluent les risques statistiques que prend le sujet avec sa consommation. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que ces tests ne sont en aucun cas des outils diagnostiques pour la dépendance et qu'ils évaluent peu la dimension compulsive du comportement.

Les marqueurs biologiques associés à une consommation excessive d'alcool (VGM, GGT, ASAT, ALAT) ont peu d'intérêt pour le diagnostic clinique et posent en outre le problème de leur faible spécificité. En revanche, ils peuvent être utilisés durant la prise en charge comme élément motivationnel et renforcement positif des efforts du patient pour réduire ou arrêter durablement la consommation.
Le dosage sanguin des CDT (Carbohydrat deficient transferrin) bénéficie d'une bonne spécificité et peut être utilisé dans le cadre du suivi en tant que marqueur biologique objectif de la consommation sur les 15 derniers jours ; néanmoins, son utilisation en pratique clinique demeure aujourd'hui limitée par le coût élevé de sa réalisation.

3- Clinique de l'usage d'alcool : intoxication aigue et sevrage

3.1 Intoxication aigue

Les signes de l'intoxication aigue sont :
- Euphorie
- Désinhibition, logorrhée
- Incoordinnation motrice, troubles de l'équilibre, dysarthrie.

L'intoxication aigue peut donner lieu à des formes compliquées
- Excito-motrice : excitation et agressivité, passages à l'acte hétéro-agressifs
- Délirantes : hallucinations, idées de persécution
- Convulsions

Elle peut aboutir au coma éthylique, selon la quantité consommée et la tolérance individuelle du sujet. Les signes cliniques du coma éthylique sont :

- Coma calme, hypotonique

- Sans signe de localisation neurologique
- Mydriase bilatérale, symétrique, peu réactive
- Hypothermie
- Bradycardie, hypotension

Attention : toujours penser à rechercher une hypoglycémie

3.2 Le sevrage d'alcool

Il survient en général dans les 2 à 5 jours suivant l'arrêt de la consommation d'alcool et dure environ 7 jours. L'alcool est la seule substance dont le sevrage est potentiellement mortel et qui va donc justifier une supervision médicale.

Les symptômes du sevrage d'alcool sont :

- Tachycardie, HTA
- Sueurs, tremblements
- Digestifs : nausées, vomissements, anorexie
- Psychiatriques : anxiété, irritabilité, insomnie, cauchemards

Le Délirium Tremens (DT) est la complication du sevrage d'alcool et se manifeste par :

- des signes généraux : tachycardie, hypotension, hyperthermie, sueurs profuses, signes de déshydratation
- Etat confuso-onirique : désorientation temporospatiale, agitation, confusion
- Délire : hallucinations, typiquement visuelles, zoopsiques ; thèmes de persécution

4- Traitement du sevrage d'alcool

Le traitement du sevrage d'alcool peut s'effectuer en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation.
Le sevrage hospitalier doit être préféré en cas d'antécédents de complications de sevrage (DT, épilepsie…), de comorbidité somatique ou psychiatrique sévère, d'impossibilité de mettre en place une surveillance régulière.

Il consiste principalement à prevenir les complications mortelles du sevrage d'alccol et comprend :

- Traitement psychotrope par benzodiazépines : prescription limitée à une durée de 7 jours

exemple : diazépam (valium), per os
En cas d'insuffisance hépato-cellulaire, utiliser de préférence l'oxazépam (Séresta) sans métabolisme hépatique

Les autres traitements psychotropes sont inutiles voire dangereux

- Hydratation 2 à 3l/jour per os de préférence

- Vitaminothérapie : surtout B1 (l'utilité des autres vitamines est discutée)

    - en préventif, per os, du fait de la fréquence de la carence en B1
    - en curatif en cas de carence avérée en B1 (Syndrome de Gayet-Wernicke) : 1g en IV.

5- Complications chroniques de la consommation d'alcool

Elles sont très nombreuses du fait de la toxicité chronique majeure de l'alcool.

5.1 Complications oncologiques

- Cancer des voies aéro-digestives supérieures
- Cancer épidermoide de l'œsophage
- Cancer du pancréas

5.2. Complications cardio-vasculaires

- HTA
- Cardiomyopathies

5.3. Complications Gastro-entérologiques

- Stéatose hépatique
- Cirrhose hépatique
- Pancréatite aigue et chronique
- Gastrite
- Reflux gastro-oesophagien

5.4. Complications Neurologiques

- Epilepsie
- Polyneuropathie périphérique
- Syndrome de Gayet Wernicke
    - Due à une carence en B1
    - Confusion
    - Troubles de l'équilibre
    - Troubles oculo-moteurs (nystagmus, paralysies oculomotrices)
- Syndrome de Korsakoff
    - Séquelle évolutive du Gayet-Wernicke
    - Anosognosie
    - Fabulations
    - Fausses reconnaissances
    - Amnésie antérograde

- Démence
- Atrophie cérébelleuse
- Encéphalopathie de Marchiafava Bignami
- Neuropathie optique
- Myélinolyse centro-pontine

5.5 Hématologiques

- Anémie, macrocytose
- Thrombopénie
- Trouble de la coagulation du fait de l'insuffisance hépatique

5.6 Génitales

-
- Baisse de la libido
- Impuissance
- Aménorrhée
-

5.7 Obstétricales

Syndrome d'alcoolisation fœtale

CANNABIS

Introduction

Les effets du cannabis sont essentiellement liés au delta-9 hydrocannabinol (delta-9 THC). La teneur en THC varie selon les variétés de cannabis et les formes d'utilisation (résine, herbe, huile). Chez le fumeur, 15 à 50 % du THC passent en quelques minutes dans les poumons et la circulation générale. L'absorption est plus lente par voie orale. Le THC se fixe dans les tissus riches en lipides et s'y accumule, notamment au niveau du cerveau.

1- Epidémiologie

Le cannabis est la substance illégale la plus consommée en France.
Depuis le début des années 1990, l'expérimentation du cannabis a connu une importante hausse pour attendre 24 % en 2000, 29 % en 2005 et 33 % en 2010 en population adulte.
L'expérimentation du cannabis concerne surtout les populations les plus jeunes, avec un maximum dans la tranche d'âge 15-25 ans. La prévalence de sujets ayant expérimenté le cannabis décroit avec l'âge.
La consommation concerne surtout les hommes, quels que soient la tranche d'âge ou les niveaux de consommation considérés.
La dépendance semble concerner environ 10 % des consommateurs.

2- Clinique de la dépendance au cannabis

Le repérage de la dépendance au cannabis se réalise à l'aide d'un **entretien clinique** simple, permettant de rechercher les symptômes clé de l'addiction (critères DSM) de manière comparable aux autres substances : usage compulsif, perte de contrôle, craving et rechute.
On peut également s'aider de tests de dépistage, comme par exemple le questionnaire CAST (Cannabis Addiction Screening Test). Le **dosage urinaire du cannabis** est un outil utile pour l'évaluation initiale et le suivi. Simple d'utilisation, il reflète la consommation dans le mois qui précède et se négative après environ 3 semaines d'arrêt chez un consommateur régulier. Son intérêt principal réside dans le suivi au long cours en permettant d'objectiver la diminution ou l'arrêt de la consommation et ainsi être un renforçateur de la motivation du sujet.

3- Clinique de l'usage de cannabis : intoxication aigue et sevrage

3.1 Intoxication aigue au cannabis

La consommation de cannabis est à l'origine d'une expérience subjective euphorisante, d'une sensation de bien-être et d'une somnolence.

A ces effets aigus s'associent des altérations réversibles des fonctions cognitives et des performances psychomotrices, en particuliers :

- troubles de la mémoire à court terme
- diminution des capacités attentionnelles
- altérations de la perception temporelle
- dissociation idéique

Les autres signes somatiques aigus associés à la consommation sont mineurs : accélération du rythme cardiaque, une hyperhémie conjonctivale, troubles digestifs.

Les complications psychiatriques aigues de la consommation de cannabis sont essentiellement représentées par les attaques de panique pouvant aller jusqu'au syndrome de dépersonnalisation.
Il peut également exister un état délirant aigu induit par la consommation chez des sujets ne présentant pas de trouble psychiatrique. Ces épisodes délirants aigus induits sont totalement résolutifs quelques semaines après l'arrêt des consommations.

3.2 Sevrage de cannabis

Les symptômes de sevrage au cannabis surviennent dans les heures qui suivent l'arrêt de la consommation et persistent environ 3 à 4 semaines. Ils se caractérisent par :

- Irritabilité, anxiété, agitation
- Dysphorie
- Troubles du sommeil, insomnies
- Anorexie, vomissements, diarrhée
- Tremblements
- Sueurs

4- Complications chroniques de la consommation de cannabis

Les maladies liées au cannabis sont similaires aux complications chroniques de la consommation de tabac.

Les complications psychiatriques d'une consommation chronique sont essentiellement représentées par des altérations cognitives : altération des capacités mnésiques, attentionnelles, et de prise de décision.
Le syndrome amotivationnel est fréquemment décrit et se traduit par :

- Asthénie
- Altération du fonctionnement intellectuel
- Troubles de la concentration et troubles mnésiques
- Désinvestissement affectif et relationnel, repli

- Echec scolaire et professionnel
- Désinsertion
- A l'extrême, dénutrition, apragmatisme, incurie
-

Le syndrome motivationnel diminue quelques mois après l'arrêt de la consommation.

HEROINE

1 Epidémiologie

1-1 Prévalence de l'usage d'opiacés : données nationales et internationales

En France, le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale est faible. Il ne dépasse pas les 1 % que ce soit chez les 15-34 ans (0,9 %) ou les 35-64 ans (0,7 %). Ce chiffre apparaît stable depuis le début des années 1990. Le nombre d'expérimentateurs d'héroïne parmi les 12-75 ans est actuellement estimé à 400 000 personnes, soit 0,8 % de la population française.
L'héroïne est la principale substance à l'origine des prises en charges sanitaires et sociales des usagers de substances illégales, la cocaïne, souvent consommée en association avec les opiacés, intervenant dans une moindre mesure.

1-2 Prévalence des patients pris en charge pour un usage problématique d'opiacés

Les traitements pharmacologiques de la dépendance aux opiacés se sont développés en Europe à partir des années 90, essentiellement représentés par la méthadone. D'une manière générale, le traitement par méthadone est réservé aux centres spécialisés de soins ambulatoires. Sa prescription et sa délivrance s'inscrivent souvent dans le cadre d'une réglementation restrictive, justifiée par le risque d'overdose mortelle. En France, le traitement par buprénorphine pour la dépendance aux opiacés s'est très rapidement développé depuis le milieu des années 1990. Ainsi, à la fin des années 90, il était estimé que parmi les 150 000 à 200 000 usagers problématiques d'opiacés, 65 000 bénéficiaient d'un traitement par buprénorphine en médecine de ville et 6000 d'un traitement par méthadone dans des structures spécialisées. Le développement des traitements pharmacologiques de la dépendance aux opiacés en France depuis la deuxième moitié des années 1990 a été associé à un impact globalement positif au niveau médical, social et individuel. Des études ont montré que les sujets en traitement diminuaient significativement leur usage d'héroïne, les pratiques

d'injection et amélioraient leur situation sociale. Les traitements ont également été associés à une diminution des comportements à risques pour la transmission du VIH et du VHC, en particulier des comportements de partages du matériel d'injection, seringues et petit matériel (coton, filtre, cuillère, eau de rinçage). L'efficacité est optimisée par une durée suffisante de traitement visant au maintien de l'abstinence et à la prévention des rechutes, une posologie adaptée au patient, dans le cadre d'une perspective globale de la prise en charge alliant la dimension relationnelle, sociale et médicale.

2 Clinique de la consommation d'opiacés

Les opiacés naturels et semi-synthétiques sont issus du pavot. Incisée, la fleur de pavot excrète un latex qui, séché, constitue l'opium. Les alcaloïdes principaux sont la morphine, la codéine, et la pholcodine. L'héroïne ou diacéthylmorphine est un dérivé semi-synthétique de la morphine obtenu par diacéthylation. Elle est dix fois plus active que la morphine. Elle peut être utilisée par voie nasale, fumée ou injectée. Métabolisée en quelques heures en monoacétine morphine, puis en morphine, elle persiste dans les urines pendant deux à trois jours. La codéine ou méthylmorphine a des effets moins rapides que l'héroïne. Sa demi-vie d'élimination urinaire varie de trois à sept jours.

2-1 Usage et intoxication aiguë

L'héroïne procure des effets similaires à la morphine et aux autres agonistes opiacés. L'usage d'opiacés, en particulier d'héroïne, produit ainsi un sentiment de bien-être intense, d'apaisement, une euphorie. Cet effet subjectif euphorisant s'associe à une pâleur, une hypotension, une bradycardie, une sensation de chaleur, un myosis, une hyposialorhée, une constipation, une dysurie et une bradypnée. Les complications immédiates de l'usage sont l'apparition de manifestations allergiques, liées à une histamino-libération, à type de prurit, flush, urticaire et bronchoconstriction. Des modifications de la vigilance peuvent apparaître avec une somnolence. Le risque d'un surdosage est la dépression respiratoire du fait de l'effet dépresseur respiratoire central des opiacés. Elle apparaît en quelques secondes avec l'héroïne du fait de sa rapidité d'action et est potentialisée par l'association avec certains psychotropes, en particulier l'alcool et les benzodiazépines. Elle se manifeste par une bradypnée (voire une apnée), un myosis, une hypotension artérielle, une bradycardie, un œdème pulmonaire, une somnolence ou un coma.

L'exposition répétée à des opiacés entraîne des mécanismes adaptatifs secondaires, le sevrage physiologique et la tolérance.
Les symptômes du syndrome de sevrage physiologique apparaissent dans les heures qui suivent la dernière prise de substances. Il est maximal en deux à trois jours pour l'héroïne, trois à cinq jours pour la codéine et régresse progressivement, de 5 à 10 jours sans traitement. Il débute par des bâillements, mydriase, rhinorrhée, sueur, larmoiements, puis agitation, insomnie, tremblements, myoclonie, douleurs musculaires et articulaires, alternance de bouffées de chaleur avec vasodilatation et de frissons avec piloérection, anorexie, vomissements, diarrhées, crampes abdominales, éjaculations spontanées, polypnée, tachycardie et hypertension.

2-2 Clinique de la dépendance aux opiacés

L'héroïne se distingue des autres agonistes opiacés par la puissance de son effet euphorisant à l'origine de son potentiel addictif particulièrement important. L'usage d'héroïne produit en effet un état d'euphorie et d'apaisement caractérisé par sa rapidité de survenue, son intensité, et son caractère transitoire. Cet effet euphorisant est à l'origine du pouvoir addictif puissant de l'héroïne, susceptible d'organiser la répétition du comportement d'usage et de développer par la suite une recherche compulsive de substance, au cœur du phénomène de dépendance. Comme pour l'ensemble des addictions, la dépendance à l'héroïne se manifeste à travers une modalité particulière d'usage, distincte de l'usage simple et de l'abus, qui se caractérise par son aspect compulsif, la perte de contrôle du comportement d'usage et le maintien de ce comportement en dépit de l'accumulation de dommages multiples, tant au niveau médical, socioprofessionnel et relationnel. Le besoin irrépressible de consommer ou « craving » est considéré par certains auteurs comme la manifestation clinique la plus caractéristique de l'addiction, contrainte poussant le sujet à utiliser la substance impliqué dans la rechute.

3 Morbidité globale des usagers d'opiacés

L'héroïne en elle-même est rarement responsable de complications cardiovasculaires, hépatiques, rénales ou respiratoires. Les principales causes de morbidité des usagers d'opiacés sont liées aux risques infectieux associés à l'utilisation non éduquée de la voie intra-veineuse.

Les usagers d'opiacés par voie intra-veineuse sont particulièrement à risque de contamination pour le VIH, le virus de l'hépatite B et de l'hépatite C.
Les pratiques à risque pour la transmission de ces virus sont : le partage de la seringue et/ou de l'aiguille pour l'injection, le partage du « petit » matériel d'injection (récipient ou cuillère, eau de rinçage, coton, filtre).
Afin de réduire la prévalence notamment du VIH et du VHC parmi les utilisateurs de la voie intra-veineuse, de nombreux programmes d'échanges de seringues se sont développés en France et dans le reste du monde à partir du milieu des années 1990. Puis, à partir de 1995, des kits d'injection (Stéribox) ont été mis à disposition des usagers dans toutes les pharmacies de ville. Ces mesures étaient parallèlement associées au développement des traitements de la dépendance aux opiacés. De 1996 à 2003, on a assisté à une nette diminution de la prévalence du VIH, de 40 % en 1996 à 20 % en 2003. Les nouvelles contaminations par le VIH ont fortement diminué chez les injecteurs, et la prévalence du VIH chez les injecteurs de moins de 30 ans est actuellement proche de 0.

Si la diffusion des Stéribox et l'accès au matériel stérile d'injection ont diminué la contamination du VIH, l'impact sur la prévalence du VHC apparaît plus limité. Globalement, en France, elle est estimée à près de 60 % chez les usagers d'héroine. Près de 20 % des personnes infectées par le VHC guérissent spontanément, 80 % des cas évoluent vers la chronicité. Parmi les sujets présentant une hépatite chronique, 20 % développeront une cirrhose, compliquée d'un hépatocarcinome dans 10 à 25 % des cas. Cette prévalence élevée du VHC par rapport à celle du VIH peut être expliquée par le fait que le VHC est 10 fois plus contaminant que le VIH. Ainsi, la transmission peut se produire dès la première injection, ou chez des personnes n'ayant injecté qu'une fois au cours de leur vie.

L'infection par le virus de l'hépatite B concerne 5 à 15 % des usagers. Elle réalise le plus

souvent une hépatite aigue passant plus ou moins inaperçue. L'hépatite devient chronique plus rarement, dans 5 % des cas.

Les autres complications infectieuses sont représentées par les infections de la peau et des tissus mous. Elles sont le plus souvent liées à l'inoculation de germes bactériens aux points d'injection. En cas de bactériémie, les sujets peuvent présenter une endocardite qui concerne le plus souvent la valve tricuspide. Les bactériémies peuvent également se compliquer d'infections ostéoarticulaires.

4 Mortalité globale des usagers d'opiacés

La mortalité globale des usagers d'opiacés est forte, jusqu'à 20 fois supérieure à celle de la population générale du même âge. Cette mortalité accrue est particulièrement élevée chez les utilisateurs de la voie intra-veineuse.

Les décès dus au SIDA ont considérablement régressé ces dernières années, même parmi les cohortes présentant une prévalence élevée de l'infection par le VIH, grâce à la disponibilité plus grande d'un traitement antirétroviral très actif (HAART) depuis 1995. Ainsi, en Europe, la surdose d'héroïne est la principale cause de décès des usagers d'opiacés. D'autres substances potentiellement impliquées dans la surdose sont fréquemment retrouvées en association, notamment l'alcool, les benzodiazépines ou d'autres opiacés.
En France, depuis le développement des traitements de la dépendance aux opiacés, on assiste à une réduction massive du nombre de décès par overdose d'héroïne. De 1995 à 1999, ce nombre a été réduit de près de 80 %, alors que durant la même période, le nombre d'usagers problématiques d'opiacés en traitement par méthadone ou buprénorphine augmentait de plus de 95 % (de moins de 2000/an à plus de 60 000/an). Le développement des traitements semble être à l'origine de cette remarquable diminution. Toutefois, il convient également de ne pas oublier le développement de programmes d'échanges de seringues durant cette période, permettant notamment une meilleure connaissance des risques de la part des usagers. Le profil démographique actuel des victimes de surdose fait apparaître que les usagers plus âgés et qui ne bénéficient pas de traitement sont plus exposés au risque de décès par surdose. Une mesure spécifique et efficace pour toucher ce groupe prioritaire est la mise en place de centres de consommation de drogue contrôlés ou salles d'injection. Ces services sont d'ores et déjà opérationnels dans plusieurs grandes villes européennes.

Fatseas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie In: Lejoyeux M ed. Abrégé d'addictologie. Paris: Masson; 2009: 62-68

Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie

Mélina Fatséas, Marc Auriacombe

Fonctions et services d'exercice

Mélina Fatséas, médecin, Psychiatre-Addictologue, Docteur en Psychologie, ancien chef de clinique, Praticien Hospitalier, Département d'Addictologie (ISUA, ELSA, CSAPA) CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux et Chercheur au Laboratoire de psychiatrie, EA4139, INSERM-IFR99, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France

Marc Auriacombe, médecin, Psychiatre-Addictologue, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, responsable de Pôle, Département d'Addictologie (ISUA, ELSA, CSAPA) CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux et Chercheur au Laboratoire de psychiatrie, EA4139, INSERM-IFR99, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France

Résumé

Si les principes de prise en charge en addictologie sont très intimement liés à la clinique de l'addiction, à ses mécanismes psychopathologiques et neurobiologiques, la dimension transversale commune à l'ensemble des conduites addictives apparaît ici très clairement. L'essentiel des modèles thérapeutiques, les objectifs et les interventions sont en effet convergents, quelle que soit la nature du comportement addictif, avec ou sans substance.
Les sources de divergences au sein des addictions et dans leur prise en charge sont surtout liées, non pas à la nature du comportement addictif, mais plutôt aux aspects culturels, sociaux et toxiques qui les différencient effectivement.

1 Points de convergences

Depuis de nombreuses années, des éléments convergents sont rapportés concernant les différentes dépendances. Ils ont contribué à la réémergence du concept ancien d'addiction et à sa mise en avant comme objet d'intérêt médical et thérapeutique. Ces points de convergence sont nombreux :
- épidémiologiques (les différentes dépendances sont souvent associées),
- sociologiques (facteurs de risque de survenue, mais aussi mêmes conséquences d'exclusion sociale),
- neurobiologiques (activation et dysrégulation des mêmes systèmes),
- psychopathologiques et adaptatifs.

Tous ces éléments ont contribué à l'émergence en France à partir du milieu des années 1990 d'une nouvelle discipline médicale : l'addictologie. A côté de ces éléments de convergences, existent aussi des sources de divergences surtout liées, non pas à la nature du comportement addictif, mais plutôt aux aspects culturels, sociaux et toxiques qui les différencient effectivement.

2 Objectifs principaux de la prise en charge

Le traitement de la dépendance est un traitement à long terme. L'objectif, quel que soit l'objet (ou les) objet(s) d'addiction, doit être l'arrêt de la consommation ou du comportement et le maintien dans la durée de cet arrêt. La difficulté du sujet dépendant réside bien plus dans son incapacité à ne pas reprendre

l'usage ou l'utilisation compulsive après une période d'arrêt, que dans le phénomène d'arrêt en tant que tel. Le travail de tout clinicien va donc se concentrer essentiellement sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute à long terme. Dans cette perspective, la phase de sevrage, quelles que soient les modalités techniques de sa réalisation, ne peut en aucun cas résumer la prise en charge. Elle représentera le plus souvent une étape du soin ou un moment propice à l'initiation d'un suivi spécifique et prolongé.

Parallèlement à la recherche d'une rémission la plus stable possible du comportement addictif, il s'agit d'accompagner le sujet dans une démarche plus globale de changement progressif. Le développement de la conduite addictive remanie les différents champs de la vie quotidienne et de la personnalité du sujet dépendant autour de l'objet de l'addiction et de son utilisation avide. Une fois l'arrêt de l'usage obtenu, la prise en charge visera également à accompagner le sujet vers une réappropriation des domaines psychique, physique, relationnel et sociaux.

3 Mise en place de la prise en charge

3.1 Disposer d'une évaluation globale, c'est-à-dire médicale et psychopathologique, mais aussi sociale de la situation du patient

Un bilan initial à l'aide de plusieurs entretiens est souvent nécessaire afin de recueillir les éléments cliniques du comportement addictif, les conséquences de ce comportement dans différents domaines fréquemment impliqués, des informations sur l'environnement du sujet et sur le contexte psychopathologique associé ainsi que sur la motivation du patient au changement. Cette évaluation initiale ne doit pas se limiter à la conduite addictive à l'origine de la demande de soin. Elle s'étend à l'ensemble des comportements susceptibles de donner lieu à dépendance. De plus, si les voies d'utilisation de l'objet d'addiction ne sont pas nécessaires au diagnostic, leur prise en compte est indispensable pour mettre en place une prise en charge adaptée. Il s'agira ainsi de recueillir des éléments sur

- les voies d'administration des différentes substances,
- les quantités consommées,
- les caractéristiques des comportements compensatoires pour les troubles du comportement alimentaire,
- le type de jeu d'argent ou d'activité liée à internet.

L'évaluation psychopathologique tant sur le plan de la personnalité que des troubles psychiatriques associés est un moment important du bilan initial. La comorbidité psychiatrique est fréquente quel que soit le type d'addiction, des symptômes des troubles anxieux et de l'humeur sont souvent associés.

La recherche de comorbidités somatiques est également nécessaire. Le type d'évaluation dépendra des éléments cliniques et du type de la substance de dépendance, de sa toxicité et des possibles complications liées à son mode d'administration (sérologies virales, bilan cardiologique, pneumologique, hépatique, neurologique…).

La situation sociale doit être soigneusement examinée : mode de logement, existence d'une couverture médicale, environnement familial, amical et professionnel. Les dommages sociaux représentent en effet parfois une véritable urgence et nécessitent une évaluation spécifique par un professionnel du champ éducatif.

Enfin, l'évaluation de la motivation du patient au changement est un moment essentiel du bilan initial. La motivation à l'arrêt du comportement n'est pas nécessairement en relation directe avec les

dommages observés ou ressentis. La temporalité du sujet, aux prises avec les impératifs de l'addiction, coïncide rarement d'emblée avec celle des équipes qui le prennent en charge. La motivation du sujet peut également être dissociée, ne s'affirmant que pour l'une ou l'autre des addictions, les priorités des thérapeutes pouvant entrer en conflit avec celles du patient. Il importe donc de savoir différer et réévaluer une décision afin d'adapter les stratégies de soins. Si certains éléments préalables à l'élaboration du projet thérapeutique sont indispensables, il serait illusoire et erroné de vouloir « tout savoir » d'emblée. C'est le plus souvent au décours des premiers mois de prise en charge que le bilan exhaustif se complètera.

3.2 Importance des premiers entretiens : l'alliance thérapeutique et l'élaboration du projet de soins

Les conditions de la première rencontre sont souvent essentielles à l'instauration de la relation et de l'alliance thérapeutique. L'information sur les troubles, la notion de perte de contrôle, de « craving » sont un moment essentiel permettant de déculpabiliser le sujet vis-à-vis de ses difficultés, de replacer la démarche d'arrêt du côté du soin et non plus du côté de la volonté.

Les aspects progressifs de l'évolution des troubles, la rechute comme expression symptomatique de l'addiction et comme faisant partie de l'évolution, sont importants à partager avec le patient. Cela permet d'aborder le soin de façon réaliste et non idéalisée et de maintenir une continuité de prise en charge. Sur la base des informations apportées au patient sur le trouble addictif, les premiers entretiens permettent ainsi de définir, d'expliciter les objectifs thérapeutiques, en les replaçant notamment sur un projet à long terme.

Le partage des objectifs : la prise en charge de l'addiction vise en effet à permettre un changement de comportement en profondeur. Il s'agit de trouver un compromis acceptable entre les objectifs rationnels de soins et ce que le patient souhaite et peut accepter. Plusieurs entretiens (plusieurs semaines ou plusieurs mois) sont parfois nécessaires pour permettre au patient de s'engager activement dans une prise en charge ciblée sur le comportement addictif. Les entretiens sont alors focalisés sur la résolution de mécanismes de défense psychologiques comme la projection et le déni. Il faut à certains patients du temps pour accepter cette démarche. Pour ceux qui ne sont pas dans une démarche de changement de comportement, la nature de l'intervention proposée doit être adaptée à leur motivation. Elle s'oriente vers une réduction des risques liés au comportement. Elle ne cherchera pas à agir sur le comportement de dépendance en tant que tel, mais plutôt à diminuer les risques et les dommages qui lui sont associés et à améliorer la qualité de vie du sujet. Pour certaines addictions (avec ou sans substance) cette approche pourra s'appuyer sur des traitements pharmacologiques. Les traitements médicamenteux dits de substitution consistent à échanger une forme de consommation contre une autre plus sûre, sans aborder directement le comportement de dépendance. Ces traitements agissent comme des médicament de « remplacement ».

En pratique, il s'avère essentiel d'adapter les interventions au degré de prise de conscience et de motivation du patient, tout en ayant le souci de lui permettre de développer cette motivation pour des soins adaptés. Les entretiens motivationnels, tels que les ont développés Miller et Rolnick, à partir des théories du changement élaborées par Prochaska et Diclemente, représentent une aide précieuse dans cette démarche. Des échelles visuelles analogiques peuvent permettre d'objectiver avec une certaine fiabilité ces degrés de

prise de conscience et de motivation. Ils servent de points de repère utiles dans l'accompagnement des patients.

4 Une approche globale et une prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge s'inscrit dans une dynamique médico-psycho-sociale quel que soit le lieu de premier contact. Cette approche globale découle d'une conception multifactorielle du trouble. Elle va également permettre de traiter les problèmes accumulés dans différents domaines, en lien direct avec le comportement addictif. Les interventions des psychologues comme celles des travailleurs sociaux et des autres professionnels spécialisés doivent s'intégrer au travail des équipes pluridisciplinaires.
Ainsi, à l'issue du bilan initial, et selon la situation clinique, le projet de soin et les différentes interventions et acteurs du soin vont être définis en collaboration avec le patient. La difficulté réside souvent dans le fait de bien articuler les différents aspects de la prise en charge afin de conférer au soin un cadre cohérent et pertinent, stable dans le temps et le plus adapté possible à l'évolution clinique. Le projet thérapeutique doit offrir une gamme diversifiée de soins ambulatoires, caractérisé par son aspect multidisciplinaire, aménageable et plus ou moins intensif selon l'évolution clinique du patient. Un référent unique de la prise en charge globale doit être repéré. Il est le garant de l'histoire du patient, de son évaluation régulière et de son évolution clinique, permettant des réajustements thérapeutiques et de prise en charge régulière. Il permet également de garantir la cohérence du soin entre les différents acteurs de la prise en charge. Ce travail d'articulation peut se concevoir aussi bien dans le cadre d'une structure spécialisée multidisciplinaire que dans celui de réseaux en médecine de ville.

4.1 La prise en charge relationnelle

L'accompagnement et la prise en charge psychologique sont essentiels. Cette prise en charge relationelle n'est pas l'exclusivité d'un groupe profesionnel. Au contraire, elle doit être partagée par l'ensemble des professionels qui vont intervenir. Les membres des équipes spécialisées en addictologie et notamment les psychologues travaillent auprès des patients et/ou des familles afin d'évaluer la place tenue par l'addiction dans l'histoire et le fonctionnement psychique de la personne. Elles soutiennent la motivation au changement et l'implication dans la prise en charge. Chaque fois que nécessaire, des psychothérapies individuelles ou familiales plus structurées peuvent être proposées. Les thérapies cognitives et comportementales peuvent participer particulièrement au maintien de l'abstinence et à la prévention de la rechute.
Un travail cognitif sur la balance décisionnelle vise à modifier des schémas cognitifs renvoyant à de fausses attentes positives de la consommation. Elles engagent le patient à peser les bénéfices et les inconvénients de ses consommations ainsi que ceux de l'abstinence. L'anticipation et l'analyse des situations de rechute, le développement d'alternatives comportementales, un entraînement à l'affirmation de soi, à l'expression des émotions et des sentiments sont favorisés. Le travail sur les situations de rechute vise à élaborer des stratégies efficaces pour y faire face ou les éviter. Entre deux consultations, la tenue d'un carnet peut être utile pour évaluer le comportement, sa fréquence, les facteurs associés au niveau des cognitions et des émotions. Outre l'évaluation clinique régulière, cette approche participe à une prise de

conscience de la conduite addictive, de ses déterminants et de ses conséquences. Un autre élément crucial dans la prise en charge est le fait d'aider le patient à réorganiser sa vie afin de valoriser l'arrêt du comportement addictif. Le thérapeute invite à s'engager dans des activités « renforçantes » ou gratifiantes non liées à la substance, à se réinsérer dans une vie professionnelle satisfaisante, à développer des relations positives avec des personnes peu impliquées dans des addictions et à améliorer ses compétences sociales.

Des entretiens familiaux plus ou moins structurés ou formalisés représentent également un temps thérapeutique complémentaire pertinent. La création d'un espace spécifiquement dédié à l'écoute et la résolution des problématiques intrafamiliales s'inscrit dans une approche familiale dite « systémique » (étude des systèmes de communication) du trouble addictif. Cette approche permet de replacer la conduite addictive du sujet dans un contexte systémique d'interactions familiales, de révéler et de réduire les interactions les plus problématiques potentiellement impliquées dans son maintien. Les entretiens aident chacun des membres de la famille à gérer de façon plus tranquille les relations avec les autres et en particulier le patient. Les psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique sont rarement indiquées en première intention. Elles interviennent surtout après l'obtention d'une rémission stable, à distance d'une phase active du comportement addictif. Nombre de travaux ont cependant porté sur la compréhension psychodynamique du phénomène addictif. Ils en individualisent les déterminants émotionnels et inconscients.

4.2 Qu'attendre d'un médicament en addictologie ?

Il existe deux objectifs divergents pour l'utilisation d'agents pharmacologiques en addictologie. Ils sont résumé dans le tableau 1.

4.2.1 L'idéal du médicament « addictolytique »

Pour qu'un agent pharmacologique participe au traitement d'une addiction, il doit avoir un certain nombre propriété fondamentales : apaiser significativement le « craving », cette envie puissante et envahissante de consommer ; ne pas avoir d'effet renforçant propre significatif et réduire l'effet renforçant de la co-consommation de la substance ou du comportement d'addiction. L'objectif n'est pas, en tant que tel, de compenser ou masquer les signes de sevrage. Ce point est important, car les doses suffisantes pour réduire les signes de sevrage sont inefficaces pour réduire le «craving» et l'effet renforçant de la consommation. Cette approche pharmacologique libère le sujet du lien pathologique qui l'unit à l'objet d'addiction. Elle lui permet d'investir les autres champs de la prise en charge.

Pour la dépendance à l'héroïne, les traitements disponibles sont la méthadone et la buprénorphine ; pour la dépendance au tabac, il s'agit essentiellement des patchs de nicotine et de la varénicline. Le traitement de la dépendance à l'alcool consiste en une prescription de naltrexone ou d'acamprosate. Alors que la naltrexone atténue l'effet renforçant de l'alcool, l'acamprosate agit en diminuant le « craving ». Il n'existe pas aujourd'hui de médicaments pour les autres addictions, cependant des essais thérapeutiques sont en cours. Il est indispensable, chez un patient traité pour une dépendance principale, de suivre attentivement l'évolution des autres consommations de substance et de comportement d'addiction sans substances, qui doivent diminuer au cours de la prise

en charge et de l'installation d'une abstinence stable.

Il faut avoir pour règle générale de ne pas associer de prescriptions de psychotropes à une prescription de traitement addictologique. Il faut d'abord adapter la posologie. Les seules exceptions, en dehors d'une activité d'addictologue spécialiste, sont les prescriptions de benzodiazépines en sevrage progressif pour les personnes dépendantes des benzodiazépines, et la prescription d'un antidépresseur, lors de la persistance ou la survenue d'un épisode dépressif avéré après plusieurs mois de traitement. Les benzodiazépines sont aussi indiquées à la phase aigue du sevrage d'alcool. Par contre, la prescription d'antidépresseurs d'emblée, en même tant que la primo prescription du traitement addictologique, n'est pas utile.
Les conditions de délivrance du traitement sont très importantes. Plus le traitement est encadré et accompagné, et meilleurs sont les bénéfices pour les patients. Cet accompagnement peut se faire dans une pharmacie de ville. Il est aussi organisé dans les centres spécialisés ambulatoires comme les CSAPA et les consultations hospitalières pluridisciplinaires, lieux les mieux adaptés pour la prise en charge des situations complexes.

4.2.2 Place des médicaments de « remplacement »

Si le sujet demeure attaché aux effets renforçants de la substance et ne souhaite pas s'engager dans une démarche active d'arrêt et de maintien de l'abstinence, des outils pharmacologiques de « substitution vraie » peuvent lui être proposés pour certaines substances. L'intérêt de ces traitements réside en la réduction des risques et des dommages associés à l'usage. Il s'agit ici de remplacer la substance dont le patient est dépendant, par une autre, dont les dangers sont réduits, sans chercher à modifier le comportement de dépendance. On dispose de traitements de substitution vraie pour la dépendance au tabac (gommes, comprimés, inhaleur de nicotine) où la prise s'accompagne d'un effet renforçant perceptible de la nicotine (à la différence des patchs, non-renforçant qu'il faut distinguer). Pour la dépendance à l'héroïne, c'est la justification de la prescription médicale d'héroïne, non disponible en France.

4.3 La prise en charge sociale et éducative

La prise en charge de l'addiction sous-tend un changement en profondeur du style de vie du patient, qui comprend notamment, parallèlement à l'arrêt du comportement, l'élaboration et l'investissement d'un autre mode de relation à soi et aux autres marqués par une plus grande autonomie. L'intervention sociale prend ici tout son sens, intégrée dans l'approche médicale et psychologique, visant à favoriser le processus de resocialisation et de réinsertion. Le soutien éducatif est indispensable. Il consiste à accompagner le patient à l'aider à s'organiser au quotidien, gérer son budget, réinvestir des liens sociaux afin de développer ses compétences sociales et relationnelles indispensables à une démarche d'autonomisation et de réinsertion. Il peut s'associer à un accompagnement dans différentes démarches. L'accompagnement socio-éducatif vise de façon progressive à une responsabilisation du sujet dans les choix et les décisions le concernant.

TABLEAU I
Les médicaments en addictologie : différences entre médicament de « remplacement », et médicament « addictolytique ».

Médicament de remplacement (Se substitue vraiment afin de réduire les dommages sans toucher immédiatement au comportement addictif)	**Médicament addictolytique** (Contribue au maintien de l'abstinence et impose un changement de comportement)
Pas d'effort ou de contraintes particulières pour le patient	Engagement et efforts importants pour le patient. Nécessite préalablement d'être dans une démarche active de chercher à arrêter.
Conduite addictive inchangée	Conduite addictive supprimée
Expérience euphorique	Pas d'effets euphoriques
Compatible avec la consommation de la substance de dépendance	Supprime l'effet renforçant la consommation de la substance de dépendance,
Supprime les symptômes de sevrage, sans supprimer l'envie/besoin de substances	Supprime l'envie/besoin de substances, et aussi, les symptômes de sevrage
Ne modifie pas les autres usages de substance ou les augmente	Réduit les autres usages de substance
Inhaleur et gomme à mâcher de nicotine, héroïne médicalisée, détournement de la buprénorphine ou de la morphine par voie veineuse	Patch de nicotine, buprénorphine sublinguale, méthadone orale, acamprosate, varénicline

Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ?

What changes in the DSM-5 for addictions?

C. Gazel*, M. Fatséas*, M. Auriacombe*

Le processus de révision du DSM

Le processus de révision du *Manuel diagnostique et statistique* (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie (APA) s'est achevé en mai 2013, avec la commercialisation du DSM-5 par l'APA (www.psychiatryonline.org). Le processus de révision avait débuté, en 1999, par une première phase de revue de la littérature, suivie d'une deuxième phase en 2003, afin de mettre en évidence les points qui devaient être révisés depuis la parution du DSM-IV, en 1994. Les différents groupes de travail (un pour chaque chapitre diagnostique) ont été constitués en 2007 par l'APA, qui a fait appel à un ensemble d'experts internationaux. Ces groupes étaient chargés d'évaluer les données de la littérature et de déterminer quels critères devaient être révisés *(1)*. Leurs propositions de critères révisés devaient être étayées par des données publiées dans la littérature ou par des analyses de nouvelles données. Elles étaient ensuite revues par différents comités de relecture interne au processus et aux angles de vue différents : le SRC (Scientific Review Committee) évaluait la validité scientifique, le CPHC (Clinical and Public Health Committee) évaluait les répercussions des changements dans les domaines de la clinique et de la santé publique. En parallèle, il existait un processus de révision "externe" : les propositions des groupes étant librement accessibles sur Internet (www.dsm5.org), leurs lecteurs pouvaient laisser des commentaires. Toutes les composantes de la société ont ainsi pu s'exprimer : les professionnels (qu'ils soient praticiens de santé mentale ou chercheurs), mais aussi les patients, leur entourage et les organismes qui les représentent, ainsi que toute personne. Chaque groupe de travail pouvait prendre en compte tous ces commentaires, ce qui permettait un processus de révision transparent et ouvert à la critique. Enfin, un dernier comité de relecture, la *task force*, procédait à la synthèse de toutes les critiques internes et externes et émettait une recommandation composite transmise au conseil d'administration de l'APA qui réalisait la lecture finale et la validation *(2, 3)*. Les membres du groupe de travail "Troubles liés aux substances" ***(encadré)*** ont publié un article où ils exposent les changements apportés et les justifications de ces changements *(4)*.

Charles O'Brien, MD, PhD (responsable du groupe), Marc Auriacombe, MD, Guilherme Borges, PhD, Katherine Buchholz, PhD, Alan Budney, PhD, Thomas Crowley, MD, Wilson Compton, MD, MPE, Bridget Grant, PhD, Deborah Hasin, PhD, Walter Ling, MD, Nancy Petry, PhD, Marc Schuckit, MD.

Encadré. Membres du groupe de travail "Troubles liés aux substances".

Addictions : principaux changements

Le chapitre du DSM-IV consacré aux "troubles liés aux substances", dans lequel on trouvait les catégories diagnostiques d'abus et de dépendance, a été remplacé, dans le DSM-5, par le chapitre "Troubles liés aux substances et aux addictions" *("Substance-related and addictive disorders")*. Ce nouveau chapitre regroupe maintenant des troubles de l'usage de substances et des addictions sans substance, comme le jeu pathologique (le terme anglais du DSM-IV, *pathological gambling,* a été remplacé par celui de *gambling disorder*). Ont également été introduits le diagnostic de sevrage au cannabis et à la

* *Université de Bordeaux ; laboratoire de psychiatrie/SANPSY, CNRS USR 3413, Bordeaux ; pôle d'addictologie, CH Charles-Perrens, Bordeaux et CHU de Bordeaux.*

Points forts ++

» Le DSM-5 opère une simplification en regroupant les catégories "abus" et "dépendance" en une seule : le "trouble de l'usage de substance".

» Le *craving* est introduit comme nouveau critère.

» Le jeu pathologique se voit rattaché aux addictions avec substances.

Mots-clés

Trouble de l'usage de substance

Craving

Jeu pathologique

caféine, qui n'étaient pas présents dans le DSM-IV. D'autres conduites addictives, comme l'addiction au jeu sur Internet (*Internet gaming*, par opposition à *gambling*), sont introduites dans la section 3 des diagnostics à l'étude et nécessitant l'accumulation de données de validité clinique complémentaires avant d'être retenus.

Le critère "actes illégaux" a été supprimé pour toutes les catégories diagnostiques du DSM-5 car il est trop dépendant des législations en un lieu et à un moment donné, ce qui n'est pas acceptable pour poser un diagnostic de trouble mental.

Suppression du terme "dépendance" et maintien du terme "trouble de l'usage" *(use disorder)*

Le terme "dépendance" a été supprimé du DSM-5, mais il n'a pas été remplacé par le terme "addiction" : c'est "trouble de l'usage de substances" qui a été retenu. Cette sémantique a été âprement discutée. Depuis 1990, le mot "dépendance" était utilisé dans la Classification internationale des maladies (CIM)-10 et le DSM-IV pour définir le comportement compulsif, non contrôlé, de recherche d'une substance, indépendamment de l'existence ou pas de manifestations de sevrage ou de tolérance. Cependant, C. O'Brien et d'autres auteurs ont attiré l'attention sur le fait que ce terme "dépendance" désignait initialement les phénomènes physiologiques adaptatifs de sevrage et de tolérance que l'on retrouve pour toutes les substances qui agissent sur le système nerveux central, que ce soit l'alcool, le tabac, les substances illégales, mais aussi les médicaments, même en l'absence de perte de contrôle de l'usage *(5, 6)*. C'est pour éviter des malentendus, dommageables pour les personnes atteintes de ce trouble, que la proposition a été faite de remplacer le terme "dépendance" par le terme "addiction". Cependant, finalement, cette proposition n'a pas été retenue, en raison, semble-t-il, de la connotation péjorative qu'il a dans la langue anglaise telle que parlée en Amérique du Nord. En revanche, la suppression du mot "dépendance" a bien été validée.

Jeux d'argent et de hasard

L'introduction du "trouble lié aux jeux d'argent et de hasard" dans cette catégorie, jusque-là réservée aux substances, démontre un changement dans le concept général de la dépendance, ou troubles de l'usage. Dans le DSM-IV, les "jeux d'argent et de hasard pathologiques" étaient classés dans les "troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs". Les arguments en faveur de ce changement étaient la similarité des symptômes et de la dysfonction neurobiologique sous-jacente, l'existence de comorbidités communes, une même vulnérabilité génétique et des approches thérapeutiques semblables *(7)*. Le critère "actes illégaux" pour financer le jeu a été retiré. Le seuil a été abaissé à 4 critères (des études ont en effet montré que, lorsque le seuil était à 5 critères, certains individus diagnostiqués "sévères" avec d'autres instruments de mesure considérés comme standard n'étaient pas diagnostiqués). Le groupe de travail a publié un article pour justifier ses choix *(8)*. D'autres travaux ont mis en évidence qu'il sera peut-être possible, ultérieurement, d'utiliser pour les jeux les mêmes critères diagnostiques que pour les substances *(9)*.

Regroupement des catégories "abus" et "dépendance" en une seule : le "trouble de l'usage de substance"

Les critères diagnostiques d'abus et de dépendance ont été regroupés en un seul "trouble de l'usage" en retirant le critère d'abus "problèmes légaux" et en ajoutant un nouveau critère : le *craving* (défini par un fort désir ou une envie irrépressible d'utiliser la substance). Le seuil pour retenir le diagnostic a été placé à 2 critères nécessaires parmi les 11. Des niveaux de sévérité ont également été introduits : léger *(mild)* : 2 à 3 critères ; modéré *(moderate)* : 4 à 5 critères ; sévère *(severe)* : 6 critères et plus.

Pour étayer ces changements, le groupe de travail a d'abord démontré les limites du diagnostic DSM-IV : le fait, en particulier, que le diagnostic d'abus puisse être posé avec un seul critère créait

Highlights

» *The former DSM-IV categories "Abuse" and "Dependence" are now reunited in a single "Substance use disorders" category.*

» *Craving is introduced as a new criterion.*

» *Gambling disorder is now included in the substance use category.*

Keywords

Substance use disorders

Craving

Gambling disorder

un problème en termes de validité diagnostique (des personnes recevaient ainsi un diagnostic de trouble mental du fait de la seule existence du critère "problèmes légaux"). De plus, le diagnostic d'abus était souvent considéré, à tort, comme une forme prodromale, ou moins sévère, de la dépendance, ce que les données ne montraient pas. Une autre justification de ce changement était le problème des "orphelins de diagnostics" : des individus sans critère d'abus, mais qui, répondant à 1 ou 2 critères de dépendance, étaient considérés comme "sans trouble", alors même qu'ils présentaient par ailleurs un niveau de sévérité ou de gravité plus important que des individus répondant à la catégorie diagnostique d'abus. Différentes analyses factorielles ont montré que "abus" et "dépendance" ne formaient qu'une seule dimension. Des analyses utilisant le modèle de réponse aux items (*Item Response Theory* [IRT]) ont confirmé la bonne corrélation des critères entre eux. Ce nouvel ensemble de critères apporte une information supplémentaire comparativement aux seuls critères de dépendance.
Le seuil diagnostique a été établi sur la base d'études comparant les prévalences et les concordances des diagnostics selon les DSM-IV et DSM-5 et en fonction de différents seuils (2 à 4 critères). Le seuil à 2 critères était celui pour lequel les prévalences des troubles étaient les plus similaires, avec les meilleures concordances entre les 2 diagnostics.
L'ajout du *craving* reposait sur la base de données cliniques montrant son rôle dans la rechute et son importance dans l'approche thérapeutique, mais aussi sur les données de la neuro-imagerie.

Biomarqueurs

Le DSM-5 était annoncé initialement comme innovant, comportant une approche plus neurobiologique, davantage fondée sur les processus étiopathogéniques des troubles et favorisant le développement des biomarqueurs. Il a finalement pris un autre chemin, plus conservateur. Il reste, tout comme le précédent, essentiellement fondé sur des données d'épidémiologie et de statistique. Malgré la volonté affichée par les dirigeants et les efforts des groupes, les biomarqueurs restent très rares dans le domaine de la santé mentale. Dans le domaine des addictions, le *craving* semble se dessiner comme le potentiel biomarqueur du champ, ainsi qu'en témoignent des données récentes issues de la neuro-imagerie. Cela a représenté un des arguments en faveur de son ajout aux autres critères.

Les critiques

Certaines critiques proviennent de membres de la communauté scientifique et s'appuient sur les données empiriques, même si elles sont parfois discutables. C'est le cas, par exemple, de l'augmentation de prévalence retrouvée par L. Mewton et al. *(10)* ou des critiques des résultats obtenus lors des essais sur le terrain de C. Martin *(11)*. D'autres critiques sont émises par des professionnels travaillant dans le domaine des addictions. Ils s'interrogent sur les répercussions possibles pour les patients et, de façon plus générale, dans le champ de l'addictologie. La crainte d'une augmentation du nombre de diagnostics et de son retentissement en termes de coût et de prise en charge a souvent été évoquée. La stigmatisation potentielle, liée à la perte du diagnostic d'"abus", souvent perçu comme étant moins sévère, a également été soulevée par certains. Parfois, ces polémiques ont pris une telle ampleur qu'elles ont influencé le processus de révision interne. Le SRC s'en est inquiété et a demandé au groupe de travail des justifications supplémentaires. D'autres critiques se sont montrées plus favorables aux changements proposés, car, selon elles, cette augmentation modérée de la prévalence serait contrebalancée par le besoin de diagnostiquer tous les cas méritant une intervention, y compris les plus "légers". Les implications en santé publique sont majeures, les prises en charge précoces étant moins coûteuses que celles des cas les plus sévères. Parfois, ce sont des informations erronées qui ont été à l'origine de véritables polémiques. Par exemple, dans le *New York Times*, un éditorial *(12)* a suscité la controverse, véhiculant l'idée que "des millions de cas" seraient nouvellement diagnostiqués ou que seraient incluses dans le manuel des "addictions comportementales non spécifiées". La crainte est alors celle d'un surdiagnostic et que soient "rend(us) pathologiques des comportements normaux". Des liens avec l'industrie pharmaceutique guideraient une partie des changements. Certains arguments retrouvés dans cet éditorial s'appuyaient sur les critiques d'Allen Frances, un promoteur majeur des DSM jusqu'au DSM-IV, mais un des premiers détracteurs du DSM-5.
Lors de telles controverses, le site *dsm5.facts (www.dsmfacts.org)* paraît trouver toute sa place. Mis en place par l'APA, il corrige les informations erronées véhiculées dans les médias généralistes, mais aussi parfois dans les médias spécialisés, en communiquant les données originales et les propositions des groupes de travail sous la forme de questions-réponses.

Tous les groupes de travail ont eu affaire à des polémiques plus ou moins importantes, ce qui paraît inévitable (et souhaitable) lorsque l'on touche à des préceptes établis, surtout dans un domaine comme celui de la santé mentale, dont les implications sont très vastes.

Perspectives et implications du DSM-5 pour les addictions

L'inclusion d'une "addiction comportementale", dans la catégorie jusqu'alors appelée "troubles liés aux substances" est un tournant majeur pour le champ des addictions. Une des perspectives dans ce cadre pour le prochain DSM serait d'ailleurs d'intégrer d'autres addictions comportementales, notamment l'addiction à Internet, qui a été finalement placée dans l'annexe du manuel, section réservée aux troubles pour lesquels on souhaite promouvoir la recherche en vue de leur inclusion, à l'avenir, dans le manuel *(13)*.

Ces changements sont fondamentaux, car ils illustrent l'évolution déjà amorcée par les DSM précédents dans le domaine des addictions. Il ne s'agit plus de différencier les individus et leurs prises en charge selon la substance ou la quantité consommée, c'est davantage le mode d'usage qui permet d'établir le diagnostic. L'"objet" consommé, en lui-même, importe peu, dans la mesure où il est source de gratification. L'individu en poursuit l'usage malgré des dommages qui s'accumulent dans les différents domaines de sa vie. Il "perd le contrôle" de cet usage *(14)*.

Une des hypothèses serait donc que le "trouble lié à l'usage" soit engendré par un trouble du "système de contrôle" qui, habituellement, permet de moduler l'usage des objets sources de plaisir dans la vie du sujet. Le *craving* serait alors central dans cette approche de l'addiction *(15)*. Il faut toutefois attacher une grande importance à sa formulation, parfois incomplète, trop large ou, au contraire, trop sélective. Il doit être à l'origine d'une souffrance significative pour le sujet.

Conclusion

Même si l'on peut faire le reproche à ce nouveau manuel d'être peut-être "un peu trop conservateur", le niveau d'exigence concernant les preuves à fournir atteste de la solidité de ses fondements. Ce point est essentiel, et il faut savoir renoncer au désir d'innover vite, car ce serait au détriment de la qualité des preuves scientifiques. Les changements les plus progressifs sont souvent les mieux acceptés et les plus durables. ■

C. Gazel n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

Références bibliographiques

1. Fatséas F, Guérin A, Auriacombe M. Nouvelle révision du DSM en préparation : quels enjeux pour les addictions ? Le Courrier des addictions 2008;10(4):3-4.

2. Gazel C. Changement dans le DSM-5 concernant les addictions (thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, sous la direction de M. Fatséas). Université Bordeaux Segalen, 2013.

3. Vossart-Guerin A. Processus de révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en vue du DSM-5 : description des enjeux pour les addictions (thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, sous la direction de M. Fatséas). Université Bordeaux 2-Victor Segalen, 2009.

4. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry 2013;170(8):834-51.

5. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. Addiction 2011;106(5):866-7.

6. O'Brien CP, Volkow N, Li TK. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. Am J Psychiatry 2006;163(5):764-5.

7. Bosc E, Fatséas M, Alexandre JM, Auriacombe M. Similitudes et différences entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances : qu'en est-il ? Encéphale 2012;38(5):433-9.

8. Petry N, Blanco C, Auriacombe M et al. An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. J Gambl Stud 2013; Epub ahead of print.

9. Denis C, Fatséas M, Auriacombe M. Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 3. An assessment of Pathological Gambling criteria. Drug Alcohol Depend 2012;122(1-2):22-7.

10. Mewton L, Slade T, McBride O, Grove R, Teesson M. An evaluation of the proposed DSM-5 alcohol use disorder criteria using Australian national data. Addiction 2011;106(5):941-50.

11. Martin C, Sher K, Caetano R et al. A letter to the DSM-5 Substance Related Disorders Work Group: Low Reliability of DSM-5 Alcohol Use Disorder. Addiction 2012.

12. Urbina I. Addiction Diagnoses May Rise Under Guideline Changes. The New York Times, 11 mai 2012. http://www.nytimes.com/2012/05/12/us/dsm-revisions-may-sharply-increase-addiction-diagnoses.html?_r=2

13. Petry NM, Rehbein F, Gentile DA et al. An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. Addiction 2014; Epub ahead of print.

14. Alexandre JM, Fatseas M, Auriacombe M. Addiction(s)? Biofutur 2012;338:27-9.

15. Fatséas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. In: Lejoyeux M, ed. Abrégé d'addictologie. Paris : Masson, 2009:62-8.

RéNAPSUD

Réseau Nord Aquitain des Professionnels
pour le Soin aux Usagers de Drogues

La Lettre du Réseau

• N° 3 - Novembre 2005 •

Les services de RéNAPSUD
destinés à soutenir et renforcer le suivi et la coordination des soins.

• Le Service d'Accompagnement

Une assistante sociale est disponible pour se rendre auprès des professionnels pour l'organisation d'un suivi social des patients (conseil, démarches, accompagnement des patients...)

Contactez : Gwenaële LAMANT
au 06.75.87.92.91

• Le Groupe de Soutien

Destiné aux patients en traitement pour leur dépendance aux opiacés, les séances mensuelles sont animées par une psychologue. Ces réunions donnent aux patients la possibilité d'échanger leurs expériences et d'exprimer leurs question, leurs attentes ou leur difficultés sur des sujets variés (relations interpersonnelles, sexualité, réseau de soins, consommations associées, prise de traitement,...)

Contactez : Elise ROCHET
au 05.56.31.14.62

• Le Groupe Balint pour les professionnels de santé

Ont pour but d'aider les professionnels de santé impliqués dans le soin aux usagers de substances psycho-actives, dans leurs relations avec leurs patients. Chaque réunion donne l'occasion d'aborder une situation réelle et d'échanger idées et conseils, avec le soutien d'un psychologue.

Contactez : Anne-Claire de BENOIST
au 05.56.31.14.62

• Les Soirées de Formation

Ces formations sont destinées aux professionnels en contact avec des usagers de substances addictives. Les intervenants développent un thème en relation avec «la prise en charge des conduites addictives». Elles se déroulent le mardi ou le jeudi à partir de 20 h 30 et sont suivies d'un buffet.

Contactez : Anne-Claire de BENOIST
au 05.56.31.14.62

Inscription : Martine MONDUGUET
au 05.56.31.14.62

Les dosages Urinaires

Peut on s'en passer ? Oui,

mais c'est dommage de s'en priver!

Il existe souvent un malentendu vis-à-vis des dosages urinaires. A quoi cela sert-il? Est-ce compatible avec la confiance vis-à-vis du patient nécessaire à l'instauration d'une véritable relation thérapeutique?

Avant tout, toujours garder en mémoire qu'un dosage urinaire est un examen complémentaire dont le résultat doit être replacé dans un contexte et confronté aux éléments cliniques qu'il ne peut pas remplacer.

En clinique addictologique, le dosage urinaire est utile à deux moments: ponctuellement, au cours de la période de bilan/évaluation qui précède la mise en place d'un projet thérapeutique et en continu, pendant la prise en charge. Au moment du bilan, il permet de compléter l'inventaire des consommations récentes, authentiquement ignorées par le patient pour les produits achetés dans la rue par exemple, et permet donc de s'assurer que l'on explore avec lui l'ensemble des problèmes possibles. Mais là où il peut être le plus utile, c'est comme élément complémentaire pour apprécier de façon réaliste, les conséquences de l'intervention thérapeutique mise en place. En effet, il permet de connaître les contacts récents avec les substances. Bien entendu le patient peut en parler. Mais le problème, c'est qu'un patient pris en charge pour une addiction a une préoccupation particulière vis-à-vis de sa consommation et cette préoccupation peut faire, du fait d'un simple processus psychique d'adaptation, qu'il soit en difficulté pour déterminer effectivement cette consommation.

La prise de substance dans le cadre de l'addiction correspond à la manifestation symptomatique du trouble pour lequel le patient a recours aux soins. C'est donc au professionnel initialement de s'en préoccuper et de repérer cette consommation afin d'adapter au mieux les modalités de la prise en charge.

Ce phénomène est souvent difficile à comprendre par l'entourage du patient, et parfois même par les professionnels de santé et du champ social non spécialisés en addictologie. Ainsi, demander à un patient ayant une addiction de pouvoir parler de ses comportements de consommation est nécessaire pour la prise en charge, mais s'appuyer sur cette information pour déterminer l'efficacité de l'intervention thérapeutique vis à vis de la consommation est mettre le patient, à terme, en situation de faute, ce qui est anti-thérapeutique. Ainsi, le principal avantage du dosage urinaire, et ceci peut être (doit être?) dit explicitement au patient, est de lui permettre, sans que cela ne pose de problème, ou n'ait une signification nécessaire par rapport à sa motivation vis-à-vis de sa prise en charge, de ne pas avoir à «rapporter» ses consommations. En même temps le dosage et son caractère systématique libère la relation de l'enjeu du doute et de la suspicion bien souvent délétères à l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique.

En aucune façon, dans le cadre de la clinique addictologique, le dosage urinaire ne doit être utilisé pour « vérifier » ce que le patient dit, au sens où le patient ne serait pas fiable par déficience ou tromperie. Faire cela est un mésusage du dosage urinaire par le professionnel. De même, s'appuyer sur un dosage urinaire pour priver un patient de soins est inadapté, voire, pourrait être considéré comme une faute.

Ainsi, le dosage urinaire évalue plutôt les soignants que les patients. Ceci permet de comprendre pourquoi la résistance au développement de l'usage des dosages provient effectivement plus souvent des professionnels que des patients eux-mêmes.

Auteurs:
Pr. Marc AURIACOMBE
Dr. Mélina FATSEAS

La lettre est éditée grâce au soutien de

urcam Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Région Aquitaine

ARH Aquitaine

MAIRIE DE BORDEAUX

Les contacts CSAPA en Aquitaine

DORDOGNE

CEID Addictions
8 rue Kléber
24000 PERIGUEUX
05 53 46 63 83

ANPAA 24
18-20 rue Aubarède
24000 PERIGUEUX
05 53 07 66 82

GIRONDE

Pole addictologie CH Charles Perrens
146 bis rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX cedex
05 56 56 67 02

CEID Addictions – Maurice Serisé
24 rue du Parlement Saint Pierre
33000 BORDEAUX
05 56 44 84 86

ANPAA 33
67 rue Chevalier
33000 BORDEAUX
05 57 57 00 77

LANDES

La Source - Landes Addictions
160 avenue Georges Clémenceau
40000 MONT-DE-MARSAN
05 58 75 92 04

ANPAA 40
109 rue Fontainebleau
40000 MONT-DE-MARSAN
05 58 75 46 04

LOT ET GARONNE

Association Relience (SAST)
8 rue du 4 Septembre
47000 AGEN
05 53 48 15 80

ANPAA 47
148 place Lamennais
47000 AGEN
05 53 66 47 66

PYRÉNÉES ATLANTIQUES

Bizia - Médecins du Monde
CH de la Côte Basque BP 08
64109 BAYONNE cedex
05 59 44 31 00

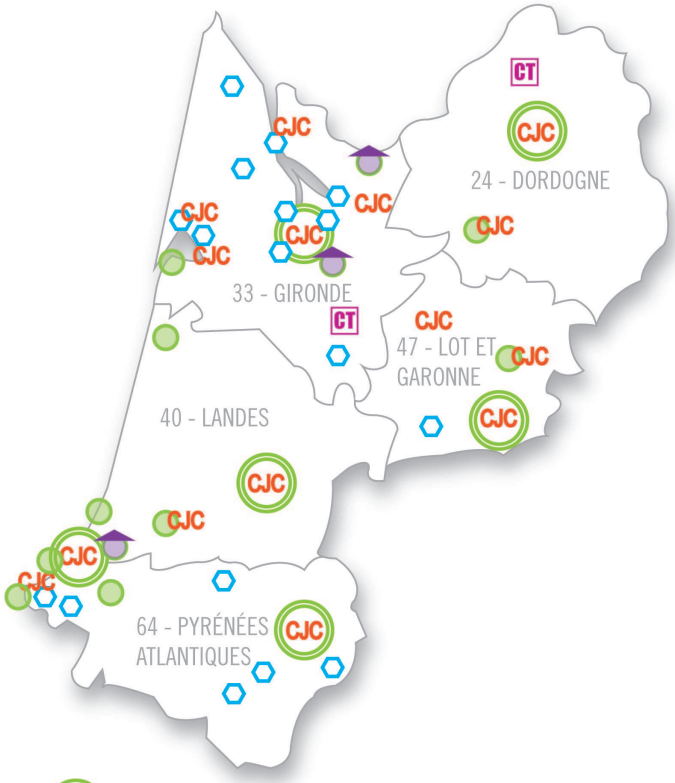
ANPAA 64 - ARIT
Centre Mercure
25 avenue Jean Léon Laporte
64600 ANGLET
05 59 63 22 69

Béarn Addictions
23 rue Maréchal Joffre
64000 PAU
05 59 27 42 43

CIAT
16-18 rue Montpensier
64000 PAU
05 59 82 90 13

Liste complète des structures sur
www.ars-aquitaine.sante.fr

Les CSAPA en Aquitaine



Réalisation - Service communication ARS Aquitaine (novembre 2011)

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex
Tél : 05 57 01 44 00
www.ars.aquitaine.sante.fr

Les CSAPA en Aquitaine

Nouvelle organisation territoriale des structures en addictologie

Pluridisciplinar

SOINS
LIENS

La mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) a pour objectif une prise en charge mieux coordonnée des addictions sur les différents territoires de la région.
Ces structures fédèrent les compétences des acteurs de l'alcoologie, de la tabacologie et de la toxicomanie.
Leur mise en œuvre s'accompagne d'une clarification des missions et de l'organisation de l'ensemble du dispositif médico-psycho-social d'addictologie en lien avec la médecine de ville en aval et la filière de soin hospitalière en amont.
En Aquitaine, les CSAPA ont vocation à jouer un véritable rôle de structure pivot de proximité. Cette plaquette a pour objectif de vous permettre de mieux les situer.

Nicole Klein, directrice de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

ars Agence Régionale de Santé Aquitaine

DaAdd Dispositif d'appui Aquitain drogues et dépendances

Filière addictologie

Les **centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie** tiennent un rôle central dans la prise en charge des addictions. Les CSAPA se caractérisent par leur accessibilité territoriale et sociale, la globalité de l'approche sous le concept d'addiction, l'accompagnement pluridisciplinaire et dans la durée.

Les **CSAPA** accueillent sans préalable ni condition les personnes présentant tous types d'addictions, ainsi que leurs proches. Une équipe pluridisciplinaire (travailleurs sociaux, médecins, psychologues, infirmières, éducateurs) procède avec la personne, à une évaluation globale et partagée de sa situation. Un accompagnement et un soin spécifique sont proposés à la personne dans la durée sur la base d'un projet individualisé.

Les centres thérapeutiques résidentiels (CSAPA avec hébergement) offrent aux personnes la possibilité d'une prise en charge avec hébergement à moyen ou long terme.

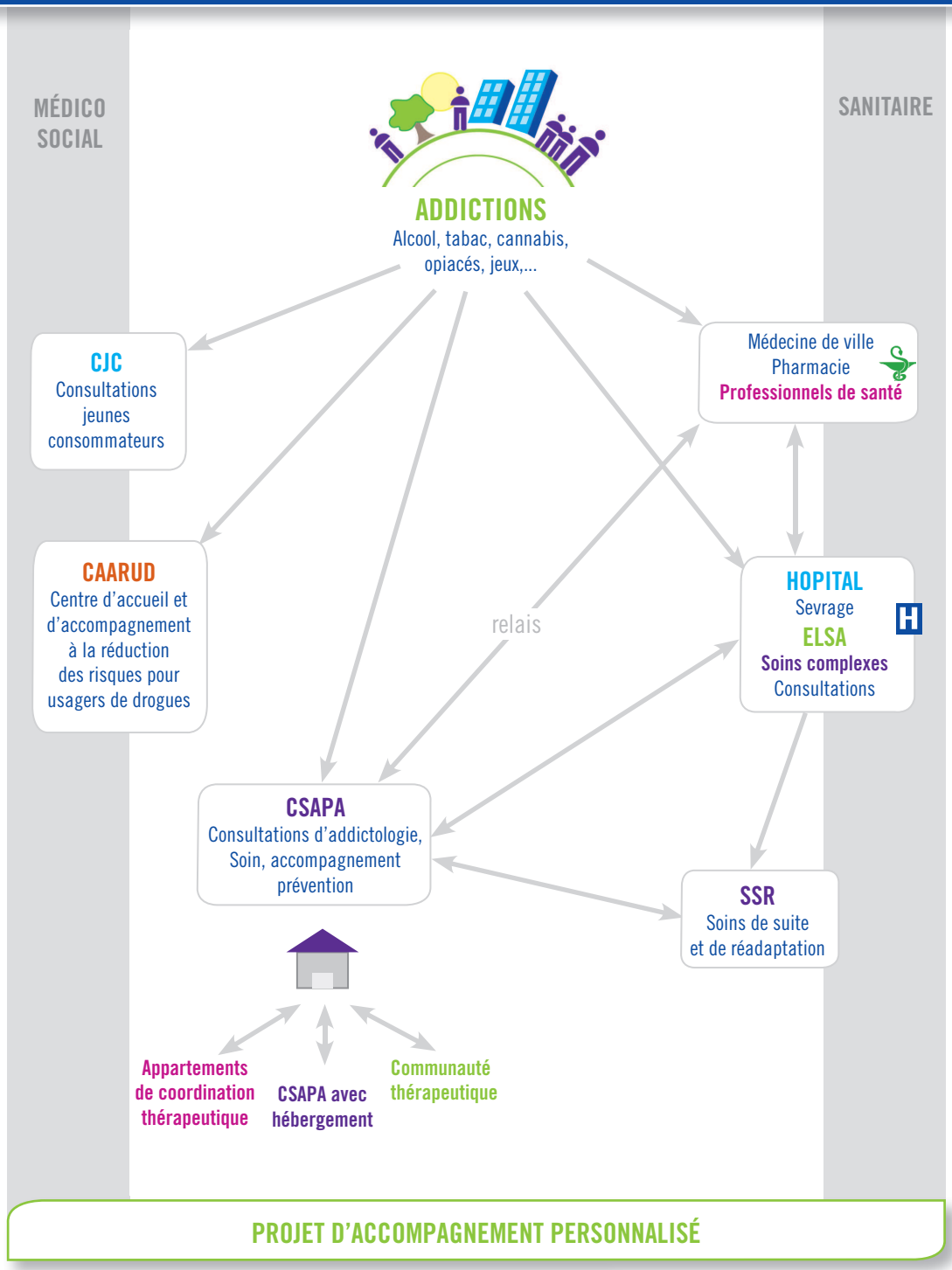
- Les **consultations jeunes consommateurs** gratuites et anonymes, sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives et leurs familles. Lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et de consultations assurées par des professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes.

- Les **centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues** sont dédiés aux usagers les plus marginalisés. Ils visent à améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

- Les **communautés thérapeutiques** sont des structures expérimentales d'hébergement et de soins au long cours qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants. Elles reposent pour partie sur l'implication du groupe de pairs dans le projet thérapeutique. Projet fondé sur l'abstinence et visant à établir et consolider une rupture durable avec le monde des drogues ainsi qu'une stabilisation psychologique et une réinsertion sociale.

- Les **appartements de coordination thérapeutique** sont des hébergements de personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant une coordination des soins et un suivi médical afin d'assurer l'observance des traitements et permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

- Les **CSAPA avec hébergement** sont des structures résidentielles impliquant le patient dans un parcours de soins.



- Les **réseaux de santé** d'addictologie regroupent des professionnels libéraux et institutionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social auprès de personnes présentant des conduites addictives et/ou à risques. Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires et médico-sociales en addictologie.

- Les **hôpitaux et cliniques** proposent des consultations d'addictologie, des soins complexes en addictologie, des hospitalisations de jour. Ces services permettent la réalisation de sevrages simples ou plus complexes en fonction des complications associées.

- Les **équipes de liaison en addictologie** visent à former, assister et conseiller les équipes soignantes des différents services ou structures de soins à intervenir auprès des patients. Les ELSA contribuent à développer des liens avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

- Les **services de soins de suite et de réadaptation (SSR)** ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes dépendantes et de promouvoir leur réadaptation. Ils ont pour but de renforcer le travail réalisé au cours de l'accompagnement antérieur.

Les contacts CSAPA en Aquitaine

DORDOGNE

CEID Addictions
8 rue Kléber
24000 PERIGUEUX
05 53 46 63 83

ANPAA 24
18-20 rue Aubarède
24000 PERIGUEUX
05 53 07 66 82

Consultations Jeunes Consommateurs
• CEID Addictions
8 rue Kléber - 24000 Périgueux
05 53 46 63 83
• Antenne CEID Addictions Bergerac
10 rue Saint-Georges - 24100 Bergerac
05 53 74 20 49

CAARUD
• CEID Addictions
8 rue Kléber - 24000 Périgueux
05 53 46 63 83

Antennes CSAPA généralistes
• Antenne CEID Addictions Bergerac
10 rue Saint-Georges - 24100 Bergerac
05 53 74 20 49
• Antenne ANPAA 24 Bergerac
10 rue Saint-Georges - 24100 Bergerac
05 53 61 70 83

Communauté thérapeutique
• Association AURORE
Maison d'André Le Gorrec - 24310 Brantôme
05 53 35 10 03

GIRONDE

Pole addictologie CH Charles Perrens
146 bis rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX cedex
05 56 56 67 02

CEID Addictions – Maurice Serisé
24 rue du Parlement Saint Pierre
33000 BORDEAUX
05 56 44 84 86

ANPAA 33
67 rue Chevalier
33000 BORDEAUX
05 57 57 00 77

Consultations Jeunes Consommateurs
• CAAN'ABUS
(consultation avancée d'addictologie nouveaux usages et abus de drogues chez les jeunes)
39-41 rue Sainte-Colombe - 33000 Bordeaux
05 56 01 25 66
• Antennes CAAN'ABUS :
- Maison de la solidarité (face à la mairie)
33470 Le Teich
06 78 25 57 35
- Point Information Jeunesse
46 Avenue des Colonies - 33510 Andernos
06 74 43 61 08
- Libourne
06 79 22 38 77

CAARUD
• La Case
2 rue des Etables - 33800 Bordeaux
05 56 92 51 89
• Centre Planterose - CEID Addictions
16 rue Planterose - 33000 Bordeaux
05 56 91 07 23 (06 09 10 36 86)

CSAPA avec hébergement
• CEID Addictions
33-35 impasse du 4 septembre
33130 Bègles
05 56 49 59 58
• SEARS La Ferme Merlet
Lieu-dit La Ferme Merlet
Saint-Martin-de-Laye
33910 Guitres
05 57 55 07 07

Antennes CSAPA généralistes
• Antenne Arcachon Espace Henry Dunant
38 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
33120 Arcachon
05 56 83 11 12
• Consultations avancées du CEID Addictions :
Arès
• Consultations avancées ANPAA 33 :
Libourne, Mérignac, Saint André de Cubzac, Santé Bagatelle, Blaye, Lesparre, Castelnau de Médoc,
Cenon, Blanquefort, Lanton, Bazas

Communauté thérapeutique
• Communauté fhérapeutique du Fleuve CEID addictions
10-18 Avenue Franck Chassaigne - 33720 Barsac
05 56 76 39 20

LANDES

La Source - Landes Addictions
160 avenue Georges Clémenceau
40000 MONT-DE-MARSAN
05 58 75 92 04

ANPAA 40
109 rue Fontainebleau
40000 MONT-DE-MARSAN
05 58 75 46 04

Consultations Jeunes Consommateurs
• PAPRIQA (point accueil prévention risques informations quartiers addictions consultations cannabis)
160 Avenue Georges Clemenceau
40000 Mont-de-Marsan
05 58 75 92 04
• Antennes La Source Landes Addictions :
- Centre Lamartine
14 rue Lamartine - 40100 Dax
05 58 58 03 45

CAARUD
• La Source Landes Addictions
160 Avenue Georges Clemenceau
40000 Mont-de-Marsan
05 58 75 92 04

CSAPA avec hébergement
• La Suerte
Domaine de Broquedis
40390 Saint-André de Seignanx
05 59 56 73 73

Antennes CSAPA généralistes
• Antennes La Source Landes Addictions :
- Centre Lamartine
14 rue Lamartine - 40100 Dax
05 58 58 03 45
- Centre du Sablar
14 Avenue du Sablar - 40100 Dax
05 58 56 38 00
- CH de Dax-Côte d'argent
Bd Yves du Manoir-BP 323 - 40107 Dax
05 58 91 48 48
- 13 rue Edouard Branly - 40600 Biscarosse
06 71 13 15 55
- Allée du Boudigau - 40130 Capbreton
05 58 72 68 28

LOT-ET-GARONNE

ANPAA 47
148 place Lamennais
47000 AGEN
05 53 66 47 66

Association Relience (SAST)
8 rue du 4 Septembre
47000 AGEN
05 53 48 15 80

Consultations Jeunes Consommateurs
• SAST La Verrière
8 rue du 4 septembre - 47000 Agen
05 53 48 15 80
• Antenne SAST La Verrière au CISD
Centre hospitalier – boulevard Saint Cyr
47300 Villeneuve-sur-Lot
05 53 48 15 80 ou 05 53 49 90 72
• Antenne à la mission locale
3 Rue de l'Observance - 47200 Marmande
05 53 64 47 88

Antennes CSAPA généralistes
• Antenne ANPAA 47
Place d'Aquitaine - 47307 Villeneuve-sur-Lot
05 53 66 47 66
• Consultations avancées ANPAA 47
Fumel, Nérac

CAARUD
SAST la Verrière
8 rue du 4 septembre - 47000 Agen
05 53 48 15 80

PYRÉNÉES ATLANTIQUES

Bizia - Médecins du Monde
CH de la Côte Basque BP 08
64109 BAYONNE cedex
05 59 44 31 00

ANPAA 64 - ARIT
Centre Mercure - 25 avenue Jean Léon Laporte
64600 ANGLET
05 59 63 22 69

Béarn Addictions
23 rue Maréchal Joffre
64000 PAU
05 59 27 42 43

CIAT
16-18 rue Montpensier
64000 PAU
05 59 82 90 13

Consultations Jeunes Consommateurs
TERRITOIRE BEARN SOULE
• CIAT
16-18 rue Montpensier - 64000 Pau
05 59 82 90 13
• La maison des parents Béarn addictions
23 rue du Maréchal Joffre 64000 Pau
05 59 27 42 43
• Consultations avancées Béarn addictions / CIAT :
Orthez, Oloron Sainte Maire, Nay, Pau, Arette (micro structure)
TERRITOIRE NAVARRE COTE BASQUE
• Bizia Médecins du Monde
CH de la Côte basque, avenue interne Jacques Loeb - Bâtiment Zabal BP 08
64109 Bayonne Cedex
05 59 44 31 00
• ANPAA 64/ARIT
Service de la jeunesse
34 boulevard Victor Hugo - 64500 Saint Jean de Luz
06 87 77 50 24

CAARUD
TERRITOIRE BEARN SOULE
• Le SCUD – AIDES
4 rue Serviez - 64000 Pau
05 59 83 92 93
TERRITOIRE NAVARRE COTE BASQUE
• BIZIA Médecins du Monde
CH de la Côte basque, avenue interne Jacques Loeb - Bâtiment Zabal BP 08
64109 Bayonne Cedex
05 59 44 31 00
• ANPAA 64/ARIT
8 rue Jacques Lafitte - 64100 Bayonne
05 59 46 31 13
• BIZIA
19 avenue André Ithurralde
64500 Saint Jean de Luz
05 59 51 46 00

Antennes CSAPA généralistes
TERRITOIRE NAVARRE COTE BASQUE
• Antennes ANPAA 64/ ARIT
- 21 bis rue des Frères - 64200 Biarritz
05 59 24 82 60
- 2 rue des Fermes - 64700 Hendaye
05 59 63 22 69
- Centre social Elgar – 64240 Hasparren
05 59 63 22 69
• Consultations avancées ANPAA 64/ ARIT :
Saint-Pée sur nivelle, Saint Jean de Luz

Service communication ARS Aquitaine - Décembre 2011

Pôle Addictologie du CH Ch. Perrens
en lien avec le CHU de Bordeaux et l'Université de Bordeaux
Ressource Niveau 3 Addictologie Aquitaine

Centre Expert Régional du Jeu pathologique d'Aquitaine (CERJPA)

Dans le cadre du CERJPA, vous pouvez solliciter le Pôle Addictologie pour un appui clinique sur des situations complexes rencontrées avec vos patients, ou pour un soutien pour mettre en place une action de prévention, ou pour une action d'information sur votre territoire d'intervention.
L'appui peut prendre la forme :
1) d'un échange téléphonique avec tout type de professionnels ;
2) d'un échange entre professionnels par Skype ou Visioconférence ;
3) d'une consultation conjointe par Visioconférence si disponible sur votre territoire ;
4) l'organisation sur votre site d'une intervision confraternelle et pluriprofessionelle pour une ou plusieurs situations cliniques ;
5) pour un patient mobilisable, l'obtention d'un accueil en hôpital de jour pour un bilan approfondi (ASI, MINI, évaluation psychopathologique et cognitive) dans la perspective d'un soutien à l'élaboration de votre projet thérapeutique individualisé de proximité ;
6) d'un accompagnement méthodologique pour un travail d'évaluation ou de recherche.
7) de l'élaboration d'une action de formation ciblée

Pour toutes ces possibilités, une modalité de contact simple et unique : soit par mail (addictologie@ch-perrens.fr) soit par téléphone (05 56 56 67 02).

Centre Expert Régional du Jeu pathologique d'Aquitaine (CERJPA)

Voici une liste de ressources proposées par le CERJPA. Bien entendu, il s'agit d'une liste de départ que chacun devra enrichir. N'hésitez pas à nous signaler des ressources autres que vous pensez intéressantes à rajouter sur cette liste de départ.
La plupart des ressources proposées sont disponibles sur internet. Pour celles qui ne le sont pas, ou si vous n'y accédez pas, vous pouvez nous les demander par mail : <addictologie@ch-perrens.fr>

Articles et chapitres de livres

Fatseas M, Denis C, Alexandre J-M, Auriacombe M. Les critères diagnostiques de la dépendance aux substances psycho-actives sont-ils valides pour le diagnostic du jeu pathologique ? In: Bronnec M ed. Le jeu pathologique. Comprendre-Prévenir-Traiter. Paris: Masson; 2012: 101-105
Fatseas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie In: Lejoyeux M ed. Abrégé d'addictologie. Paris: Masson; 2009: 62-68
Alexandre J-M, Fatseas M, Auriacombe M. « Addiction(s)? » Biofutur 2012;338:27-29
Pousset M. et Tovar M.L., « Les jeux de hasard et d'argent » dans OFDT, Drogues et addictions, données essentielles, Saint- Denis, OFDT, 2013, pp. 288-296
Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012, Tendances n° 85, OFDT, 6 p. Juin 2013

Mémoire

Chabrot-Dupuy A., « Découverte du craving dans un CSAPA Lot-et-Garonnais », Mémoire pour le Diplôme d'Université d'addictologie avec et sans substances, Université de Bordeaux (Segalen), Bordeaux, France, Novembre 2012

Rapport

LUTTER CONTRE LE JEU EXCESSIF OU PATHOLOGIQUE Recommandations trois ans après l'adoption de la loi d'ouverture du marché des jeux en ligne, ARJEL, 26 avril 2013. http://www.arjel.fr/IMG/pdf/20130426-addiction.pdf

Vidéo

Film Echappe (mémoire Master 2: Création et production audiovisuelles fait par des étudiants de l'Université de Bordeaux 3.) :
http://www.dailymotion.com/video/xe3m96_echappe_shortfilms

Outils

Questionnaire de dépistage, diagnostic et sévérité de l'addiction aux jeux d'argent et aux jeux sur internet (adapté de ASI et DSM).
Indice canadien du jeu Excessif (ICJE)
South Oaks Gambling Screen (SOGS)
Échelle de craving.

Guide

« Addictions sans substance » Guide repères. Fédération Addiction. Juin 2013
http://www.federationaddiction.fr/addictions-sans-substance-le-guide-reperes-est-paru/

Sites

Observatoire français des drogues et des toxicomanies / http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/jeu.html
Institut Fédératif des Addictions Comportementales / http://www.ifac-addictions.fr/
http://www.joueurs-info-service.fr/

Fiche pratique N° 24
Sous la responsabilité de leurs auteurs
Le Courrier des addictions

Conduite à tenir devant un problème d'addictologie en urgence

*M. Fatséas, A. Grelet-Doazan, J. Dubernet, M. Auriacombe**
*

Trois situations principales

Un usager de substances pouvant donner lieu à abus ou dépendance,peut être vu en urgence dans trois situations principales
1. Complication de l'intoxication aiguë :la personne est alors le plus souvent amenée par un tiers.
2. Situation de sevrage aigu : la personne vient le plus souvent spontanément. C'est un cas moins fréquent mais dont la fréquence est susceptible d'augmenter avec l'accroissement du nombre de patients pris en charge et leur meilleure information.
3. Perception subjective d'une rechute imminente *(craving)* chez une personne dépendante et en traitement : la personne vient le plus souvent d'elle-même.

Où, qui et comment ?

• En tant que complications aiguës de l'usage, ces situations nécessitent des réponses symptomatiques simples et adaptées au contexte des urgences. Elles peuvent être l'occasion de dépister une dépendance, même si celle-ci ne relève pas de l'urgence.
• Dans le cadre d'un service d'urgence spécialisé, une fois les réponses symptomatiques assurées par l'urgentiste, le relais peut être pris par l'addictologue de liaison.
• Un médecin assurant des urgences dans le cadre de la médecine ambulatoire de ville doit pouvoir répondre à l'ensemble de ces situations.

Ne pas oublier…

Dans tous les cas, retenir que la consommation de substance ainsi que la dépendance et ses conséquences provoquent des adaptations consécutives de la personnalité. De ce fait, la personne dépendante va être très sensible aux conditions psychologiques de l'accueil, auquel il faut être particulièrement attentif, comme toujours dans le contexte de l'urgence. Pensez aussi à interroger un tiers – lorsqu'il y en a un – à l'informer en fonction de son degré d'implication. Tout en respectant la confidentialité et le secret médical.

Usager d'opiacés

• ***En cas du surdosage :*** le patient présente une sédation, une bradypnée et un myosis. Une surveillance en réanimation médicale est nécessaire pendant le temps d'élimination de l'opiacé.
• ***Suivant l'importance de la sédation et de la bradypnée***, notamment si coma, utiliser la naloxone. Se souvenir que la naloxone peut être injectée en IM.
• ***En l'absence de coma***, savoir attendre et surveiller plutôt que prendre le risque de précipiter un sevrage aigu par une utilisation trop rapide et non titrée de naloxone.

Personne sous substitution

Elle dit bénéficier d'un traitement par méthadone ou buprénorphine,l'avoir perdu ou oublié, et demande à être dépannée :
• ***Prendre contact avec le médecin prescripteur*** (que ce soit un médecin exerçant dans un cabinet de ville ou dans un centre spécialisé) pour lui demander ce qu'il souhaite.
• ***Prendre contact avec le pharmacien*** assurant la délivrance du traitement (ou le centre faisant fonction de pharmacie), afin de déterminer les posologies effectivement délivrées et le mode de délivrance habituel.
• En cas d'impossibilité de joindre le médecin ou le pharmacien, ***procéder à un examen***, à la recherche de signes de sevrage des opiacés (myosis, pilo-érection, sudation, larmoiement et rhinorrhée).
• Lorsque ces éléments sont rassemblés, ***offrir une délivrance ponctuelle contrôlée***, sur place, du traitement habituel indiqué par le patient (sauf posologie inhabituelle non confirmée par le médecin ou le pharmacien du patient), dans le cadre des urgences. Et cela, jusqu'à ce qu'un contact puisse être pris avec le médecin du patient, ou un spécialiste addictologue. Ne pas donner de traitement à emporter, ni d'ordonnance pour une pharmacie de ville.
• ***Si aucun signe de sevrage n'apparaît***, attendre d'avoir un contact avec le médecin ou le pharmacien habituel. Orienter sur un service d'addictologie, ou faire appel à un addictologue de liaison.

Devant un syndrome de sevrage opiacé

• ***Procéder à un examen complet*** à la recherche, notamment, d'un diagnostic de dépendance, et d'un autre diagnostic psychiatrique éventuel. Rechercher les signes de syndrome de sevrage opiacé. Déterminer avec la personne un inventaire complet et réaliste des consommations des derniers jours.

* Fédération d'addictologie, CH Charles-Perrens et CHU de Bordeaux, faculté de médecine Victor-Pachon, université Victor-Segalen, Bordeaux 2.

Le Courrier des addictions

Fiche pratique N° 24

Sous la responsabilité de leurs auteurs

Usager de tabac

• ***Offrir un traitement ponctuel***, à prendre sur place, (par exemple 4 mg de buprénorphine haut dosage en sublingual ou 20 mg de méthadone en sirop) et orienter la personne sur un spécialiste addictologue. Tenir compte des autres consommations, notamment l'alcool, les benzodiazépines, le tabac.
• ***Pensez aussi à anticiper***, et à assurer la prévention du sevrage chez le consommateur excessif hospitalisé.

Sevrage aigu de nicotine ou menace de rechute chez une personne en traitement.
• ***Procéder à un examen*** afin de recueillir les éléments évoquant un diagnostic de dépendance au tabac.
• ***Offrir un substitut nicotinique*** par voie orale de type gomme à mâcher.
• ***Orienter sur un spécialiste*** addictologue ou tabacologue.

Usager d'alcool

En cas d'ivresse aiguë :
• ***Assurer la sécurité*** comportementale du sujet et de l'environnement.
• ***Évaluer l'indication d'une sédation et/ou d'une contention***.
• ***Mettre en place une surveillance***, notamment de la vigilance, en attendant le retour à l'état normal.
• Devant la persistance d'une somnolence, ***évaluer l'indication d'une réanimation médicale***.

En cas de delirium tremens

• ***Le patient*** présentant un delirium tremens (DT) déclaré ***est hospitalisé en réanimation médicale***.
• ***Évoquer ce diagnostic*** devant tout tableau de syndrome confusionnel.
• ***Pensez aussi à anticiper***, et à en assurer la prévention chez le consommateur excessif hospitalisé, notamment en urgence, à l'occasion d'un accident, quel qu'en soit la nature.

Usager de stimulants (cocaïne, crack, ecstasy)

En cas d'intoxication aiguë :
• ***Rechercher des manifestations somatiques*** pouvant mettre en jeu le pronostic vital (infarctus du myocarde, AVC, poussée hypertensive) et les traiter symptomatiquement.
• ***Traitement sédatif par neuroleptique***, si besoin.

Usager de benzodiazépines (BZD)

• Le sevrage aigu peut se présenter sous la forme d'un syndrome confusionnel avec agitation et anxiété.
• Traitement spécifique par BZD, seule indication, (avec le sevrage aigu d'alcool), en addictologie : diazépam, par exemple.

Usager de produits dopants

• La présentation dans le cadre des urgences est rare. Souvent utilisation de substances de type stimulants. ***Orienter sur un addictologue***.

À découper ou à photocopier

OUI, JE M'ABONNE AU TRIMESTRIEL *Courrier des addictions*

Merci d'écrire nom et adresse en lettres majuscules

❑ Collectivité .....

à l'attention de .....

❑ Particulier ou étudiant

M., Mme, Mlle .....

Prénom .....

Pratique : ❑ hospitalière ❑ libérale ❑ autre .....

Adresse e-mail .....

Adresse postale .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Tél. .....

Merci de joindre votre dernière étiquette-adresse en cas de réabonnement, changement d'adresse ou demande de renseignements.

ABONNEMENT : 1 an

FRANCE/DOM-TOM/EUROPE	ÉTRANGER (AUTRE QU'EUROPE)
❑ 80 € collectivités	❑ 100 € collectivités
❑ 64 € particuliers	❑ 84 € particuliers
❑ 40 € étudiants*	❑ 60 € étudiants*
*joindre la photocopie de la carte	*joindre la photocopie de la carte

+

ET POUR 10 € DE PLUS !

❑ 10 €, accès illimité aux **26 revues** de notre groupe de presse disponibles sur notre site **vivactis-media.com** *(adresse e-mail gratuite)*

+

RELIURE

❑ 10 € avec un abonnement ou un réabonnement

MODE DE PAIEMENT

Total à régler ..... €
À remplir par le souscripteur

❑ carte Visa, Eurocard Mastercard N°

Signature : Date d'expiration

❑ chèque *(à établir à l'ordre du **Courrier des addictions**)*
❑ virement bancaire à réception de facture *(réservé aux collectivités)*

DaTeBe - 62-64, rue Jean-Jaurès - 92800 Puteaux
Tél. : 01 41 45 80 00 - Fax : 01 41 45 80 25 - E-mail : contacts@vivactis-media.com

CA - N° 4 octobre-décembre 2004

En pratique

Conseils pour un fumeur et son entourage non-fumeur

*Marc Auriacombe**

Ces conseils sont destinés d'une part au fumeur dépendant qui fait le choix de ne pas traiter son addiction, mais se trouve dans des situations où la consommation de tabac n'est pas possible ou difficile, ce qui le rend vulnérable par rapport au non-fumeur. Ils s'adressent, d'autre part, à son entourage non-fumeur qui ne sait pas toujours comment le prendre.

Aujourd'hui, la consommation de tabac en dehors du domicile devient de plus en plus difficile. Et encore ! La loi interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail : les établissements de santé, l'ensemble des transports en commun, toutes enceintes destinées à l'accueil, la formation ou l'hébergement des mineurs **(décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006)**, les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques **(depuis le 1er janvier 2008)**. Même dans les lieux où on pourrait le faire, on en perd l'habitude tant est forte la désapprobation sociale, et la consommation de tabac inconfortable pour le fumeur. Même chez soi, enfin, fumer est souvent réprouvé, les différents co-habitants non fumeurs s'y opposant.

Ces restrictions croissantes posent de réelles difficultés à l'usager de tabac dépendant. En effet, du fait de sa dépendance, il est contraint de fumer, c'est-à-dire à se mettre de façon répétée et fréquente à l'écart de la majorité des personnes qu'il fréquente, puisqu'on estime qu'environ **75 % de la population adulte ne fument pas** ! Une pression qui devient d'ailleurs un problème pour l'organisation du travail.

Si l'usager dépendant fait le choix du traitement de sa maladie, il va percevoir ces contraintes actuelles comme une aide précieuse qui vont renforcer sa motivation. Cependant, la loi prévoit aussi que chacun a le droit de ne pas se soigner lorsqu'il est malade et que cette liberté fondamentale ne doit pas faire l'objet de discrimination.

SIX CONSEILS POUR VOUS, LE FUMEUR

Premièrement : lorsque c'est possible, repérez les périodes dans la journée, qui se répètent chaque jour ou exceptionnelles où vous allez être en situation de ne pas pouvoir fumer : par exemple, pendant les heures de travail, à la maison, en compagnie de personnes mineures, dans les transports en commun, pour un voyage en avion ou en train…

Ensuite, **en deuxième point**, s'il s'agit de périodes courtes d'une heure ou moins, prenez des gommes à mâcher. En alternative, vous pouvez utiliser des pastilles, ou un inhaleur, moins pratique en public toutefois. Les gommes et les pastilles existent en différents dosages et saveurs. Essayez-en plusieurs pour trouver celles qui vous conviennent le mieux. Quel que soit votre choix, utilisez-en autant que vous en avez besoin pendant la période d'une heure ou moins. Dès que vous avez fini votre dernière gomme (ou pastille), vous pouvez refumer sans restriction.

Troisième éventualité : si vous savez que vous ne pourrez pas fumer pendant 5 heures ou plus, tablez sur le patch de nicotine (dispositif transdermique), et posez-le environ une heure avant le début de cette période d'abstinence. Il en existe plusieurs types, de durée et de dosages variables. Si vous ne trouvez pas de patch couvrant la durée exacte que vous souhaitez "assurer", ce n'est pas important : prenez un patch *"24 heures"*. Quant au dosage, essayez-en plusieurs pour trouver celui qui vous permet de vous sentir le plus à l'aise pendant cette période d'abstinence programmée. N'emportez pas de paquet de cigarettes ou tabac à rouler auquel vous pourriez accéder facilement (poche, sac), mais laissez-le chez vous, dans votre voiture ou votre casier. Dès la période d'abstinence terminée, vous pouvez retirer le patch, quelle que soit sa durée d'action, et refumer sans restriction. Et si, malgré tout, vous avez envie de fumer en dépit du patch, pas la peine de vous cabrer : sans tarder, mâchez des gommes ou, en plus, sucez des pastilles à la nicotine, autant que nécessaire. Si besoin, vous pouvez même les consommer en continu en plus du patch.

Quatrième "truc" : ayez toujours une plaquette de gommes à mâcher (ou des pastilles) avec votre paquet de cigarettes, ou votre tabac à rouler. Ainsi, si vous vous trouvez de façon imprévue dans une situation où vous ne pouvez pas fumer alors que vous en avez besoin, vous les aurez tout de suite sous la main.

Variante cinq, des précédents conseils : Si vous prévoyez une période d'abstinence de plus d'une heure mais de moins de cinq heures, vous pouvez essayer l'une ou l'autre option présentée en deuxième et troisième situations.

Et sixième conseil : pendant une période d'abstinence, s'il vous paraît impossible de résister et que vous sortez pour aller fumer, évitez de solliciter l'accompagnement d'un fumeur de votre entourage (familial ou professionnel, suivant le contexte). En effet, on estime que 80 % des fumeurs rapportent vouloir arrêter ou être en période d'arrêt. Il y a donc de fortes chances que les fumeurs que vous connaissez soient en fait *"en tentative d'arrêt"*. Si c'est le cas, le simple fait de lui proposer la possibilité de vous accompagner peut provoquer chez lui une rechute difficile à rattraper. Du fait de la difficulté perçue de l'arrêt du tabac sans prise en charge adaptée, beaucoup de candidats à l'arrêt ne le déclarent pas pour éviter la confrontation sociale à l'échec, qui est au minimum désagréable.

ET QUATRE POUR L'ENTOURAGE NON FUMEUR

Tout d'abord, pensez à signaler au fumeur, sans agressivité, que le fait qu'il fume vous gêne. Pour plusieurs raisons : soit parce qu'il interrompt des activités de façon répétée, fréquente et pas toujours à un moment adapté pour aller fumer, soit parce qu'il fume en votre présence sans véritablement vous le signaler. Peut-être ne s'en est-il même pas rendu compte. Si la personne n'est pas dépendante, votre simple remarque suffira à modifier son comportement pour ne pas vous déranger.

Ensuite, si malgré votre remarque, la personne continue à fumer, ou prétend que *"c'est vous qui avez un problème"*, il est très vraisemblable qu'elle est un fumeur dépendant. Cela signifie qu'elle est contrainte, indépendamment de sa volonté, de fumer. Respectez cette contrainte. Encouragez-la à suivre un traitement, mais respectez son droit à ne pas se traiter.

Si elle fait le choix de faire valoir son droit à ne pas se traiter, proposez-lui les conseils ci-dessus pour le fumeur.

Enfin, une bonne entrée en matière : conservez toujours sur vous des gommes et pastilles à la nicotine et offrez-lui en une lorsque vous observez que la personne devient inattentive à ce que vous lui dites, irritable et qu'elle commence à chercher à fumer en votre présence. Le fumeur appréciera ce geste, se sentira soulagé, et pourra refocaliser son attention de façon adéquate.

* *Centre hospitalier Charles-Perrens, pôle addictologie, et CHU de Bordeaux, pôle santé publique, Bordeaux.*

Thérapeutiques de substitution dans les addictions

Deux types de traitements substitutifs sont disponibles, ceux qui suppriment seulement les symptômes de sevrage et ceux qui agissent sur la dépendance elle-même. Ces derniers sont les plus avantageux pour le patient, mais il faut souvent du temps pour les faire accepter.

Marc Auriacombe, Mélina Fatseas, Pascale Franques-Rénéric, Jean-Pierre Daulouède, Jean Tignol

Bien qu'introduits dès les années 1970 avec la méthadone,[1] les traitements de substitution des addictions aux substances n'ont été développés en France que récemment, avec la buprénorphine, pour la prise en charge des héroïnomanes,[2] et avec les substituts nicotiniques pour le sevrage tabagique.[3] Les bénéfices sont établis : par rapport aux approches habituelles, ces traitements sont plus acceptables pour les patients et plus efficaces pour leur permettre d'être abstinents.[4-6] Le développement de ces traitements contre la dépendance à l'héroïne a été particulièrement impressionnant, puisque maintenant près de la moitié de la population cible y a accès, ce qui met la France au même rang que des pays européens où l'accès à ce traitement est le meilleur.[7] La France est aussi un des pays européens dont la réduction de la mortalité des héroïnomanes est la plus forte, alors que dans beaucoup de pays où ces traitements sont moins accessibles, la mortalité des héroïnomanes augmente.[8-10] La large diffusion de ces traitements a modifié les pratiques cliniques, et obligé à réviser les concepts jusque-là établis [11] en réintroduisant dans le champ médico-psychiatrique le traitement des toxicomanies. Cependant, les opinions sur ces traitements sont mitigées, et il existe parfois chez les professionnels de santé, ainsi que chez les patients et leur entourage, un certain désarroi. S'agit-il vraiment d'un traitement ? et de quoi ? On regroupe sous le terme de « traitements de substitution » des entités différentes : [12] les substitutions vraies, qui sont des interventions sur les dommages collatéraux dus à la dépendance sans modifier celle-ci, et des interventions qui agissent sur le comportement de dépendance lui-même. La confusion peut venir de ce que des substances identiques, mais sous des formes galéniques différentes, peuvent être utilisées pour chaque modalité, par exemple, la nicotine sous forme d'inhalateur, de gomme ou de patch. L'information donnée au patient détermine aussi en partie l'usage qu'il va faire d'un médicament, indépendamment de la substance active et de sa forme galénique ; par exemple, la buprénorphine par voie sublinguale est thérapeutique, mais pas détournée par voie veineuse.

L'objectif de cet article est d'apporter aux praticiens non spécialisés en addictologie, mais susceptibles de prendre en charge des usagers de substance dépendants, les éléments leur permettant de bien utiliser ces nouveaux outils thérapeutiques.

Différences entre traitement de substitution vrai et traitement de maintien de l'abstinence

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION VRAI	TRAITEMENT DE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE
Pas d'effort ou de contraintes particulières pour le patient	Engagement et effort importants pour le patient. Nécessite préalablement d'être dans une démarche visant à arrêter
Conduite addictive inchangée	Conduite addictive supprimée
Expérience euphorique	Pas d'effets euphoriques
Supprime les symptômes de sevrage, sans supprimer l'envie et (ou) le besoin de substances	Supprime l'envie et (ou) le besoin de substances, et aussi, les symptômes de sevrage
Ne modifie pas les autres usages de substance ou les augmente	Réduit les autres usages de substance
Inhaleur et gomme à mâcher de nicotine, héroïne médicalisée, détournement de la buprénorphine ou de la morphine par voie veineuse	Patch de nicotine, buprénorphine sublinguale, méthadone orale

Tableau 1

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION VRAI

Le traitement de substitution vrai n'est pas un véritable traitement de la dépendance. Il agit sur les conséquences de la dépendance, sans agir sur la dépendance elle-même.

Il s'agit ici de remplacer la substance dont le patient est dépendant par une autre, dont les dangers sont réduits, sans chercher à modifier le comportement de dépendance. On supprime ainsi les symptômes de sevrage. Pour être acceptable, cette intervention nécessite que le patient puisse ressentir rapidement (en quelques secondes ou minutes) ce qu'il ressent avec la substance dont il est dépendant (effet de la prise d'une cigarette, ou de l'injection d'héroïne). Si l'effet est trop éloigné, le patient n'acceptera pas cet échange. Certains dommages pour la santé ne sont pas dus à la substance addictive elle-même (nicotine, héroïne), mais aux produits associés (tabac, héroïne du marché illégal). L'information et l'éducation associées favorisent l'apprentissage de modalités d'usage plus sûres, par exemple, l'information sur la notion de contamination infectieuse et la mise à disposition de seringues à usage unique, pour la prise d'héroïne ou le mésusage de la buprénorphine. Au total, les bénéficiaires de ces interventions ont une amélioration de leur santé et de leur intégration sociale, mais restent handicapés par la persistance de la dépendance, caractérisée par la nécessité obsédante de consommer et la souffrance qui l'accompagne.[13, 14] Pour agir sur la dépendance elle-même, nous disposons d'autres interventions pharmacologiques, conceptuellement à l'opposé de ce que nous venons de décrire, mais appelées aussi traitements de substitution, pour lesquelles le terme de traitement de maintenance – ou traitement tout court – pourrait être moins ambigu.

TRAITEMENT DE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

Le traitement de substitution conçu comme véritable traitement de la dépendance fait appel à des outils pharmacologiques de maintien de l'abstinence.

Pour qu'un agent pharmacologique participe au traitement d'une dépendance, il est nécessaire qu'il réduise l'envie et (ou) le besoin de consommer suffisamment pour délivrer le patient de la contrainte de consommation que représente la dépendance,[14] mais aussi qu'il n'ait pas

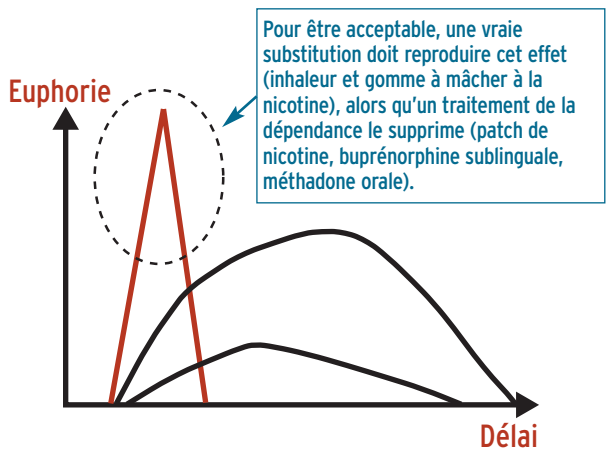


Figure Différence entre les effets psycho-pharmacologiques d'une substitution vraie et d'un traitement de maintien de l'abstinence. Les courbes représentent différents profils de substances. Plus l'effet euphorisant est perçu rapidement (secondes, minutes) et de façon intense, plus le risque addictif est important. Si le délai est long (minutes, heures) et l'euphorie faible ou non perceptible, le risque addictif est alors faible, voir négligeable.

Tableau récapitulant les médicaments utilisables pour les thérapeutiques de substitution dans les addictions

DCI	NOMS COMMERCIAUX (ET DATE D'AMM)*	FORMES GALÉNIQUES	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES	PRINCIPALES INDICATIONS	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI
Buprénorphine	Subutex (1995)	Comprimés sublinguaux	Hypersudation Nausées Constipation	Exclusivement pharmaco-dépendance majeure aux opiacés	La dose doit être adaptée individuellement et absorbée en 1 prise par jour. Le comprimé doit fondre sous la langue. Ne pas avaler, car l'efficacité est alors réduite. À l'administration de la 1re dose s'assurer d'être suffisamment à distance de la dernière prise d'un opiacé agoniste pur, comme de l'héroïne, de la morphine ou de la codéine. Compte tenu des différences individuelles, informer le patient afin que la 1re prise soit faite après la survenue des 1ers signes de sevrage. Bien que le risque de surdosage létal soit très faible, par principe, l'association à d'autres psychotropes doit être évitée. La buprénorphine ne doit pas être associée à des agonistes purs des récepteurs opiacés, notamment, méthadone, morphine, codéine
Méthadone	Méthadone chlorhydrate Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (1995)	Sirop oral	Hypersudation Constipation Prise de poids	Exclusivement pharmaco-dépendance majeure aux opiacés	La dose doit être adaptée individuellement et absorbée en 1 prise par jour. Du fait du risque de surdosage, les doses de départ ne doivent pas excéder 20 à 40 mg/j, sauf exceptions argumentées. L'association à d'autres psychotropes doit être évitée. La méthadone ne doit pas être associée à des agonistes partiels des récepteurs opiacés, comme la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine
Nicotine transdermique	Nicopatch (1992) Niquitinclear (2001) Niquitin (1997) Nicorette (1993) Nicotinell (1992)	Patch (dispositif transdermique adhésif)	Nausées, vomissements Céphalées Insomnie Palpitation Hypotension Hypersalivation	Exclusivement dépendance au tabac, dans la perspective d'un arrêt au long cours. L'objectif est de supprimer l'envie de fumer	Un état cardiovasculaire instable doit faire prendre l'avis conjoint d'un cardiologue et d'un addictologue. L'erreur la plus fréquente est le sous-dosage et une durée de traitement trop courte. Pour un fumeur de 1 paquet de cigarettes par jour ou plus, il faut partir sur la base de 2 patchs de 21 mg/24 h et adapter, en plus ou en moins, en fonction de la réduction effective de l'envie de fumer et de l'absence d'effets secondaires. L'obtention du dosage optimal peut prendre plusieurs semaines, une fois obtenu il faut habituellement plusieurs mois pour obtenir une stabilité suffisante pour permettre une réduction progressive de la dose. Les durées habituelles pour une efficacité optimale sont d'environ 6 mois. Certains patients nécessitent des traitements beaucoup plus longs
Nicotine orale	Nicogum (2001) Nicorette (1991) Nicotinell (1993) Niquitin (2001) Nicorette microtab (1999) Nicorette inhaleur (1998)	Gommes à mâcher Inhalateur Comprimés sublinguaux	Picotement buccal	Remplacement temporaire de la prise de cigarette	Les gommes doivent êtres chiquées et non mâchées comme un chewing-gum

Tableau 2 * Il y a parfois un délai entre la date d'obtention de l'AMM et la date de disponibilité effective en pharmacie.

Méthadone et buprénorphine : modalités de prescription. Contraintes légales et recommandations cliniques

	PRESCRIPTEUR	ORDONNANCE	LIBELLÉ	DURÉE MAXIMALE	DÉLIVRANCE	RECOMMANDATIONS CLINIQUES
Méthadone	Prescription initiale : tout médecin dans le cadre d'un CSST* ou dans le cadre d'un établissement de santé (public ou privé). Relais possible auprès de tout médecin, à la discrétion du prescripteur initial, après stabilisation. Dans le cadre de la mise en place du traitement, un dosage urinaire préalable négatif pour la méthadone est réglementaire pour éviter les doubles prescriptions. Les dosages urinaires de suivi sont obligatoires, à la discrétion du prescripteur	Sécurisée exclusivement, avec mention du pharmacien obligatoire. En cas de relais par le prescripteur initial vers un autre prescripteur, la dernière ordonnance du prescripteur initial doit mentionner le nom du prescripteur qui prend le relais	En toutes lettres	14 j Recommandé 7 j	7 j, sauf indications autres, en plus (pour la durée maximale de 14 j), ou moins (jusqu'à tous les jours, avec prise à la pharmacie)	Une bonne communication entre le prescripteur initial et le relais est importante en cas de relais
Buprénorphine	Tout médecin	Sécurisée exclusivement. Mention du pharmacien utile pour la qualité de la prise en charge	En toutes lettres	28 j Recommandé 7 j	7 j, sauf indications autres, en plus (pour la durée maximale de 28 j), ou moins (jusqu'à tous les jours, avec prise à la pharmacie)	La mention du pharmacien est très utile pour la qualité de la prise en charge. À la mise en place du traitement, la délivrance quotidienne doit être la règle pour le prescripteur non-spécialiste. Une délivrance non quotidienne doit être réservée au spécialiste addictologue. Les dosages urinaires, bien que non obligatoires réglementairement sont très utiles comme aide à l'évaluation conjointe et pour soulager les patients des contraintes liées aux enjeux de « tout dire »

Tableau 3 * CSST : Centre spécialisé de soins pour toxicomanes.

d'effet renforçant perceptible lors de sa prise. L'absence d'effet renforçant significatif est ce qui le différencie de la prise d'une « drogue », car c'est l'effet renforçant, c'est-à-dire la perception rapide et distincte d'un effet agréable, qui est à la base du développement d'une addiction, et de son entretien.[15, 16]

Cependant, cet effet de réduction de l'envie et (ou) du besoin de consommer, est une constatation a posteriori, qui nécessite du temps. L'objectif n'est pas, en tant que tel, de compenser ou de masquer les signes de sevrage. Ce point est important, car les doses suffisantes pour réduire les signes de sevrage sont inefficaces pour réduire le besoin et (ou) l'envie. C'est cette modalité des traitements dits de substitution qui est la plus intéressante pour les individus et doit être la plus disponible.

LES CONDITIONS DU SUCCÈS

Les conditions du succès d'un traitement substitutif sont de lever les malentendus concernant ses objectifs et d'adapter les doses, dans un contexte d'accompagnement psychologique, de soutien social et de durée suffisante.

Il faut explicitement partager avec le patient les objectifs thérapeutiques. Il faut l'informer, et choisir une stratégie explicite. Dans la substitution vraie, il s'agit clairement d'un échange d'une forme de consommation contre

une autre plus sûre, sans toucher au comportement de dépendance, et les conditions de l'échange doivent être les plus acceptables possible. Dans le traitement de la dépendance, il s'agit de permettre un changement de comportement en profondeur. L'implication pour le patient est tout autre ; le soutien et l'orientation psychologique de la prise en charge sont des éléments primordiaux. Plusieurs entretiens sont parfois nécessaires pour permettre au patient de faire un choix éclairé. Les entretiens sont alors focalisés sur la résolution de mécanismes de défenses psychologiques comme la projection et le déni.[17] Il faut tout faire pour rendre acceptable le traitement de maintien de l'abstinence, car c'est le plus avantageux pour les individus. Cependant, il faut du temps à certains patients pour accepter cette démarche, temps durant lequel une substitution vraie est acceptable.

Une fois l'objectif clarifié, l'adaptation de la prescription est une condition importante d'efficacité. Quelle que soit la prescription, le dosage doit être adapté jusqu'à ce que la réduction du besoin et (ou) de l'envie soit suffisante. Cependant, si le dosage ne doit pas être trop élevé pour éviter les effets secondaires, source d'abandon, il doit surtout ne pas être trop faible, car il laissera alors subsister un besoin de consommer qui peut aboutir au désespoir et à la rechute. L'erreur la plus fréquente est la prescription d'un dosage insuffisant. Une dose insuffisante peut aussi avoir pour conséquence une augmentation de la consommation des autres substances psychoactives consommées. Il est donc indispensable, chez un patient traité pour une dépendance principale, de suivre attentivement l'évolution des autres consommations de substances.

Il est important de garder à l'esprit que le traitement d'une addiction, et donc un traitement de substitution ou de maintenance, s'installe dans la durée : de 2 à 10 ans, parfois plus. Une fois la rémission obtenue de façon durable et les problèmes associés stabilisés de façon satisfaisante, on peut discuter avec le patient les avantages et les inconvénients de l'arrêt du traitement. Une erreur fréquente est l'arrêt prématuré de celui-ci. D'un point de vue médical, les problématiques sont comparables à celles d'autres maladies en interaction avec l'environnement, et dont les traitements efficaces nécessitent un suivi long.[18,19]

Monitoring de la consommation

Compte tenu de la notion de « perte de contrôle » centrale dans la dépendance et des mécanismes de défense souvent mis en place (déni, projection), il est raisonnable d'anticiper qu'au cours de la prise en charge, un patient puisse ne pas apprécier de façon réaliste ses consommations. Cela entraîne le thérapeute soit dans une surévaluation de l'efficacité de son traitement, soit dans une suspicion incompatible avec une prise en charge relationnelle de qualité. Le *monitoring* de la consommation ne vise pas à un contrôle du patient, mais à une évaluation objective de la qualité du soin offert au patient, et par-là à un ajustement du traitement. Ce *monitoring* ne doit pas se limiter à la substance principale de dépendance, mais s'assurer aussi de l'absence de glissement vers d'autres substances.

Ce qui est nouveau

- Au cours des 10 dernières années, la prise en charge des conduites addictives aux substances a été l'objet d'une véritable révolution. Ces changements sont le fait de l'introduction de thérapeutiques nouvelles qui ont obligé à revoir les concepts jusque-là établis.
- Le médecin non spécialiste des addictions est l'intervenant de 1re ligne pour le repérage diagnostique et la mise en place de la prise en charge, notamment la prescription des médicaments spécifiques.
- Le spécialiste en addictologie est maintenant un intervenant de 2e intention. C'est un référent pour le médecin non spécialiste (autrefois il était un intervenant exclusif). Intervenant maintenant en 2e ou 3e intention, le spécialiste est amené à n'intervenir qu'auprès de patients dont la prise en charge initiale n'a pas été suffisante. Cela modifie la clinique et les rapports entre spécialistes et non-spécialistes. Quelques malentendus en découlent parfois.

Que faire en cas d'échec ?

Il faut garder en permanence à l'esprit que ces traitements sont efficaces. Ainsi, si après quelques mois de prise en charge, le résultat n'est pas satisfaisant, il faut demander un avis auprès d'un spécialiste addictologue. Cela peut se faire en adressant le patient en consultation ou par téléphone.

LA DÉPENDANCE À L'HÉROÏNE

Pour la dépendance à l'héroïne, les traitements de substitution disponibles sont du type véritable traitement de la dépendance.[20-22] Il n'existe pas de véritable substitution légale, mais elle existe de fait par détournement ou mésusage de buprénorphine et de méthadone par voie veineuse, en association à d'autre psychotropes détournés, car la méthadone et la buprénorphine, même injectées, ne sont pas des euphorisants satisfaisants.

La méthadone orale et la buprénorphine sublinguale

La méthadone est un agoniste pur des récepteurs opiacés, de longue durée d'action du fait d'une demi-vie d'élimination de plus de 20 h. Ce produit est le traitement le plus ancien, utilisé dès les années 1960. C'est aussi le plus utilisé dans le monde et celui pour lequel il y a le plus de recul quant à la sécurité et le plus de données quant à l'efficacité.[4] La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opiacés. Sa durée d'action est encore plus longue, du fait d'une affinité très élevée pour les récepteurs opiacés qui prolonge ainsi son activité sur plus de 24 h, malgré une demi-vie d'élimination courte ; elle peut-

être prise 1 j sur 2. La buprénorphine n'est utilisée que depuis 1985. Son efficacité est comparable à celle de la méthadone.[5] La méthadone et la buprénorphine sont disponibles en pharmacie depuis 1996. La buprénorphine peut être prescrite par tout médecin, alors que la méthadone ne peut être prescrite initialement que dans le cadre d'un centre de soins spécialisé en toxicomanie ou un hôpital. De ce fait, la buprénorphine est beaucoup plus utilisée en France que la méthadone.[23] Du fait des propriétés agonistes-antagonistes de la buprénorphine, il faut mettre en garde le patient contre la consommation d'opiacés dans les heures ou les jours qui précèdent la 1re prise de buprénorphine, notamment pour les opiacés de durée d'action prolongée comme les sulfates de morphine, la codéine et ses dérivés. L'idéal est que le patient commence à ressentir quelques signes de sevrage avant la 1re prise du traitement. Sans cette précaution, il y a un risque que celle-ci s'accompagne du déclenchement de signes de sevrage. La dose initiale est de 4 à 8 mg, que l'on peut augmenter de 2 à 4 mg/j tous les 2 j pendant la 1re semaine. Après la 1re semaine, les modifications de dose ne se font, si besoin, que tous les 10 à 15 j, par paliers de 2 à 4 mg.

Pour la méthadone, la situation est beaucoup plus simple, puisque c'est la suite d'une prescription en cours. La coordination avec le médecin initiateur du traitement est très importante. La dose efficace doit permettre au patient d'être « normal », sans effet sédatif ou euphorisant. Le traitement se prend une fois par jour. La dose moyenne efficace de buprénorphine est de 8 à 24 mg/j. Peu de patients tirent bénéfice d'un traitement à moins de 6 mg/j. Pour la méthadone, la dose moyenne efficace est de 80 à 200 mg/j. Chez les patients non répondeurs aux doses habituelles, il faut savoir augmenter. Cependant, l'augmentation des doses sans bénéfice thérapeutique évident doit amener à réviser le traitement et son indication.

Les conditions de délivrance du traitement sont très importantes.[24] Plus le traitement est encadré, et meilleurs sont les bénéfices pour les patients, bien que cela demande plus d'efforts pour les soignants. Pour la méthadone, la question ne se pose pas, car la réglementation prévoit une délivrance quotidienne dans un centre en début de traitement. Pour la buprénorphine, l'enjeu est important, car la réglementation est très ouverte, et donne au prescripteur toute liberté, et donc une grande responsabilité. La venue quotidienne du patient à la pharmacie et la prise du traitement sur place doivent être la règle pour les médecins non spécialistes en addictologie. Il faut noter sur l'ordonnance « à délivrer quotidiennement et à prendre sur place ». Cela renforce la motivation du patient et l'aide à résister à la tentation d'un mésusage. Cela augmente ainsi les chances de succès. Cette pratique impose de collaborer réellement et étroitement avec le patient, et implique fortement le pharmacien, avec lequel une bonne coordination est nécessaire. De ce fait, il est utile que le patient puisse choisir lui-même sa pharmacie.

Il faut avoir pour règle générale de ne pas associer de prescriptions de psychotropes à une prescription de méthadone ou de buprénorphine. Il faut d'abord adapter la dose. Les seules exceptions, en dehors d'une activité d'addictologue spécialiste, sont les prescriptions de benzodiazépine en sevrage progressif pour les personnes dépendantes avérées des benzodiazépines, et la prescription d'un antidépresseur, lors de la persistance ou de la survenue d'un épisode dépressif avéré après plusieurs mois de traitement. Par contre, la prescription d'antidépresseurs d'emblée, en même temps que primoprescription de buprénorphine ou de méthadone, n'est pas utile.

LA DÉPENDANCE AU TABAC

La lutte contre la dépendance au tabac se caractérise par la diversité des substituts nicotiniques utilisables et une médicalisation insuffisante des patients.

À la différence des traitements de la dépendance à l'héroïne, qui sont obligatoirement médicalisés par la nécessité d'une prescription, ceux de la dépendance au tabac sont accessibles directement auprès du pharmacien depuis décembre 1999.[3] La possibilité de se passer d'une prescription médicale est censée faciliter l'accès au traitement. Cependant, alors que pour l'héroïne, on estime que près de 1 utilisateur sur 2 a accès à un traitement par méthadone ou buprénorphine, pour le tabac, les estimations disponibles montrent que moins de 5 % des fumeurs ont accès au traitement.[25] L'accès au traitement sans suivi médi-

Pour la pratique

- Clarifier les objectifs du traitement : absence d'effet psychoactif satisfaisant et maintien de l'abstinence. Explorer et monitorer l'ensemble des consommations.
- Pour la buprénorphine, assurer un cadre optimal de prise en charge avec la délivrance contrôlée quotidienne à la pharmacie pendant les premiers mois de traitement, et des dosages urinaires systématiques.
- Pour la dépendance au tabac, favoriser l'usage du patch de nicotine à dose suffisante.
- Toujours rechercher la dose efficace permettant un apaisement de l'envie de consommer, en augmentant progressivement le traitement.
- Soutenir et renforcer la motivation du patient à l'aide d'entretiens réguliers, courts, centrés sur les consommations et (ou) les envies de consommer.
- Maintenir une relation thérapeutique stable avec le patient, inscrite dans la durée.
- Cela doit donner des résultats probants. Si ce n'est pas le cas, il faut alors demander un avis à un addictologue.

cal engendre des utilisations non optimales des traitements, des échecs et des abandons.

Pour la dépendance au tabac, on dispose de substitutions véritables (gommes, comprimés, inhalateur) où la prise s'accompagne d'un effet renforçant perceptible de la nicotine. Quant au patch, dont la prise ne s'accompagne pas d'effet renforçant et représente donc un véritable traitement de la dépendance au tabac, cela est différent. C'est lui qui doit être privilégié. Les gommes et l'inhalateur sont utilisés pour les patients qui n'acceptent pas encore un changement de comportement ou, parfois, en début de traitement par patch en attendant son efficacité. Cependant, il faut alors être vigilant à ce que cela ne retarde pas l'adaptation posologique du patch en masquant son dosage insuffisant. Comme la plupart des fumeurs fument dès le matin, la couverture thérapeutique doit être de 24 h, comme pour tout traitement d'une addiction. Les patchs de moins de 24 h ne sont justifiés qu'en cas de surdosage, ou pour une petite minorité de patients dépendants, mais consommant moins de un paquet par jour, et pas dès le réveil. La dose moyenne efficace est de 21 à 63 mg/24 h, parfois plus, à adapter en fonction du résultat. Des consultations fréquentes sont nécessaires, notamment pour soutenir le patient au début et s'assurer de l'adaptation posologique. La survenue d'un état dépressif ou anxieux, non repéré avant le début du traitement, est un signe de dosage insuffisant. Les mesures d'accompagnement psychologiques sont les mêmes que pour les autres addictions.

CONCLUSION

L'introduction, au début des années 1960, dans les outils thérapeutiques de la dépendance aux opiacés, d'agents pharmacologiques appartenant eux-mêmes à la classe pharmacologique des opiacés, a accompagné un changement conceptuel majeur sur la dépendance et l'objectif thérapeutique à partager entre soignants et soignés. La notion d'addiction et ses déterminants multiples sont au centre des définitions actuelles de la dépendance ; si cette définition de l'addiction, essentiellement comportementale et descriptive, ne renvoie plus à une théorie explicative univoque, elle peut s'entendre à des niveaux théoriques variés (biologiques, psychologiques, sociologiques) et ouvre vers une clinique plus pragmatique. La prescription médicale de traitement de substitution en est l'illustration. Elle prend acte du symptôme essentiel de la dépendance, le comportement d'assuétude du sujet à la substance. La possibilité d'un traitement s'instituant autour de la prise de substance permet d'en atténuer le caractère contraignant et paradoxalement de développer une clinique centrée non plus sur la substance mais sur les contraintes inhérentes au sujet. Ce cadre institué autour de la prise du traitement ouvre des possibilités thérapeutiques continues et variées, et permet au sujet l'abord progressif et le soin des déterminants multiples de sa dépendance. Ainsi, contrairement aux idées reçues, la prescription d'un traitement de substitution engage activement le sujet dans une démarche thérapeutique radicale de sa dépendance.

Marc Auriacombe[1, 2], Mélina Fatseas[1, 2], Pascale Franques-Rénéric[1, 2], Jean-Pierre Daulouède[1, 2, 3], Jean Tignol[1, 2]

1. Faculté de médecine Victor Pachon, Université Bordeaux 2, 33000 Bordeaux.
marc.auriacombe@labopsy.u-bordeaux2.fr

2. Unité de soins d'addictologie, CHU de Bordeaux et CH Charles Perrens, 33000 Bordeaux.

3 BIZIA, Centre de soins pour toxicomanes – Programme méthadone et Mission Rave MDM, CH Côte Basque, 64100 Bayonne.

SUMMARY Substitution treatments in addictions

In France, so called "substitution treatments" for addiction are nicotine substitutes for tobacco dependence and buprenorphine, and methadone for opiate dependence. The word "substitution" participates to the uncertainty as to the objective of such treatments. From an addiction psychiatry perspective, these treatments are of interest as pharmacological treatments for maintenance of abstinence. In such a perspective they are not changing one substance of dependence for another. The goal is to reduce craving by low potential reinforcement medications. Conditions for success are a clarification of treatment goal with the patients, adequate dosing, and time. All medical doctors may prescribe buprenorphine for treatment of opiate dependence. Supervised daily dispensing in pharmacies is useful to increase compliance and collaboration, and avoid misuse and diversion. For tobacco dependence, nicotine patch must be clearly differentiated from other nicotine substitutes like gums and inhalers that have significant reinforcing effects. Because the patch is accessible without medical prescription, many patients are not sufficiently medically supervised and dropout frequently. For patients that cannot initially accept the behavioral changes associated to the goal of abstinence, it is legitimate to truly substitute them with less dangerous reinforcing substances. This possibility exists in France only for tobacco use that can be substituted to inhaled or chewed nicotine. It is possible that some reported misuse of buprenorphine and methadone are inadequate attempts to increase the reinforcing effects of these medications.

Rev Prat 2003 ; 53 : 1327-34

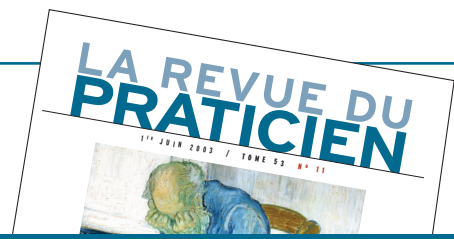
RÉSUMÉ Thérapeutiques de substitution dans les addictions

Les traitements dits de substitution en France sont les substituts nicotiniques pour la dépendance au tabac, la buprénorphine et la méthadone pour la dépendance à l'héroïne. Du fait du terme « substitution », il existe des malentendus quant à la place et à l'intérêt de ces traitements. Leur intérêt du point de vue addictologique est de pouvoir être des traitements pharmacologiques de maintien de l'abstinence. Dans cette perspective, ils ne substituent pas une dépendance à une autre. Dépourvus d'effets renforçants significatifs, ils visent à supprimer le comportement de dépendance en apaisant chez le sujet l'envie compulsive de consommer la substance. Le partage actif des objectifs thérapeutiques avec le patient, une dose adaptée, et l'inscription du traitement dans la durée, sont alors les conditions du succès. Pour la dépendance à l'héroïne, la buprénorphine peut être prescrite par tout médecin. La délivrance quotidienne en pharmacie avec prise sur place, est utile pour améliorer l'observance et éviter le mésusage. Pour la dépendance au tabac, les patchs de nicotine doivent être distingués des autres substituts nicotiniques, qui ont eux un effet renforçant perceptible. Les patchs sont les vrais traitements de la dépendance, mais leur accessibilité sans prescription favorise souvent l'absence de suivi médical et l'abandon précoce. Pour les patients qui ne peuvent, dans un premier temps, accepter l'objectif de changement du comportement de dépendance, il est alors légitime de vraiment substituer une substance pour une autre moins dangereuse pour la santé. En France, cette possibilité n'existe que pour l'usage du tabac qui peut être substitué à de la nicotine inhalée ou mâchée. Il est possible que le mésusage de buprénorphine et de méthadone soit en partie dû à des tentatives de véritables substitutions.

RÉFÉRENCES

1. **Deniker P, Loo H, Zarifian E, Cuche H.** Premiers essais avec la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Ann Med Interne (Paris) 1974 ; 125 : 459-62.
2. **Auriacombe M, Grabot D, Daulouède JP, Vergnolle JP, O'Brien CP, Tignol J.** Alternatives to methadone maintenance : laudanum, buprenorphine. In : Harris H (ed.). 54th Annual Scientific Meeting, College on Problems of Drug Dependence. Keystone CO : National Institute on Drug Abuse Research Monograph ; 1992. p. 308.
3. **Lagrue G.** Traitement de substitution nicotinique pour l'arrêt du tabac : quel choix pour son statut ? Bull Acad Natl Med 1999 ; 183 : 1175-82 ; discussion 1182-7.
4. **Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M.** Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2002 ; 4 : CD002209.
5. **Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M.** Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2002 ; 4 : CD002207.
6. **Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002 ; 4 : CD000146.
7. **Auriacombe M.** Overview on substitution treatment for heroin users in France. In : Farrell M, Howes S, Verster A et al. (eds). Reviewing current practice in drug substitution treatment in the European Union. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2000 : 119-34.
8. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction** (EMCDDA). 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities ; 2002.
9. **Lepere B, Gourarier L, Sanchez M *et al.*** Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne, en France, depuis 1994. Ann Med Interne 2001 ; 152 (Suppl. 3) : IS5-IS12.
10. **Auriacombe M, Franques P, Tignol J.** Deaths attributable to methadone vs buprenorphine in France. JAMA 2001 ; 285 : 45.
11. **Tignol J, Auriacombe M, Daulouede J.** Les traitements de substitution : une nouvelle philosophie de la prise en charge. In : Bailly D, Venisse J (eds). Addictions et psychiatrie. Paris : Masson, 1999 : 191-201.
12. **Auriacombe M, Franques P, Mangon E, Daulouède J, Tignol J.** La dépendance aux opiacés : une maladie curable ! Les malentendus limitant l'efficacité des traitements. THS. Rev Addict 2000 ; 2 : 381-2.
13. **Auriacombe M.** Pharmaco-dépendance. In : Brenot P, Daubech J, Pélicier Y, Rigal F (eds). Dictionnaire des concepts. Bordeaux : L'esprit du temps, 1997 : 28-30.
14. **Auriacombe M, Franques P.** Souffrance et toxicomanie : une passion tyrannique. Paris, Synapse, 1994 : 74-5.
15. **Baker TB, Morse E, Sherman JE.** The motivation to use drugs : a psychobiological analysis of urges. Nebr Symp Motiv 1986 ; 34 : 257-323.
16. **Olds J, Milner P.** Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. J Comp Physiol Psychol 1954 ; 47 : 419-27.
17. **Aubert B, Franques P, Auriacombe M, Tignol J.** Les mécanismes de défense inconscients. Évaluation par le questionnaire de Bond : données chez les toxicomanes. Courrier Addict 1999 ; 1 : 97-9.
18. **O'Brien CP, McLellan AT.** Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996 ; 347 : 237-40.
19. **McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD.** Drug dependence, a chronic medical illness : implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA 2000 ; 284 : 1689-95.
20. **Auriacombe M, Franques P, Martin C, Grabot D, Daulouède J, Tignol J.** Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne. In : Guffens J (ed.). Toxicomanie, hépatites, sida. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1994 : 173-98.
21. **Auge-Caumon MJ, Bloch-Laine JF, Lowenstein W, Morel A.** L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations. (Rapport réalisé à la demande de Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé.). Paris : La documentation française, 2002.
22. **Lert F, Puech A, Begaud B *et al.*** Évaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge des usagers de drogue. Paris : Inserm, 1998.
23. **Auriacombe M, Franques-Rénéric P, Daulouède JP, Tignol J.** Buprenorphine prescribed by general practitioners – A safe means of increasing patient access to treatment ? In : Waal H, Haga E (eds). Maintenance treatment in heroin addiction – evidence at the crossroads. Oslo : Cappelen Academic Press, 2003 : 190-204.
24. **Auriacombe M, Franques P, Daulouède J, Brisseau-Gimenez S, Tignol J.** Les modalités de mise à disposition d'un traitement de substitution par buprénorphine influencent-elles la réponse générale au traitement ? Résultats préliminaires d'une étude. Courrier Addict 2002 ; 4 : 104-6.
25. Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances 2002. Paris : Observatoire français des drogues et Toxicomanies, 2002.

Abonnez-vous ou réabonnez-vous en ligne à* La Revue du Praticien



sur son site Internet **www.33docpro.com**

* *Paiement par carte bancaire* « secteur bancaire sécurisé »

actualités
TABAC
Octobre 2003 — numéro 42
Lettre mensuelle d'informations sur les effets du tabagisme et le sevrage tabagique

focus

La route déviée...

Lundi 29 septembre, la lutte contre le tabagisme connaît un accident de parcours : le tribunal de grande instance de Saint Nazaire juge irrecevable la plainte de la Caisse primaire d'assurance maladie de cette même ville, contre les quatre fabricants de tabac opérant sur le marché français, à savoir : Altadis, Philip Morris, JTI-Reynolds et BAT-Rothmans. Le motif du rejet de la demande est technique et repose sur la loi Badinter relative aux accidents de la route.

« Sonné » hier par la décision du tribunal, Maître Francis Caballero, avocat de la CPAM dans cette affaire, retrouve aujourd'hui son esprit combatif : « *Perdre sur ce point technique est un échec navrant en droit et en fait ! (...) notre tentative s'est opposée à un mur d'argent procédural et à aucun moment, je n'ai entendu parler du déficit public engendré par les maladies liées au tabac ! D'autant que le motif de rejet repose sur la loi Badinter relative aux accidents de la route. Ainsi, la disposition de l'article 28 de cette loi stipule que le recours des caisses contre des tiers est exclusivement subrogatoire. Autrement dit, il faut agir au nom de monsieur X alors que la CPAM a agi de manière directe en calculant le coût de la prise en charge pour 1 000 malades anonymes. Mais pourquoi avoir étendu aux maladies du tabac, une loi relative aux accidents de la route ? Aujourd'hui, j'ai fortement envie de recommander à la CPAM de Saint Nazaire de faire appel.* »

Lire la suite de l'entretien en page 3, portant plus particulièrement sur les nouveaux avertissements sanitaires figurant sur les paquets de cigarettes...

Entretien

2 **Hausse du prix des cigarettes : il y a encore de la marge !**

Actualité

3 **La route déviée...**

Actualités scientifiques

4 **Quand le cinéma se fait promoteur du tabac auprès des jeunes**

5 **Ces patients qui continuent de fumer malgré un cancer**

6 **Le libre accès aux substituts nicotiniques n'a pas que des avantages**

7 **Les contraceptifs oraux n'augmentent pas la mortalité globale ... sauf chez les fumeuses**

Initiatives France

8 **Des experts font leurs recommandations pour lutter contre le tabagisme en milieu étudiant**

Repères

10 **Faire l'économie du tabac**

Contact presse : Hélène Monard
Tél. : 01 49 33 23 06 – Fax : 01 49 33 23 90
e-mail : relations.medias@inpes.sante.fr

INPES
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
www.inpes.sante.fr

Réalisation : ATP Egora

Les articles de *Tabac Actualités* sont libres de droit et disponibles en version électronique.

actualités TABAC
Octobre 2003 - n°42

Le libre accès aux substituts nicotiniques n'a pas que des avantages

Il est certain que le délistage des substituts nicotiniques, c'est-à-dire la possibilité pour les fumeurs de se faire délivrer directement ces produits par les pharmaciens, sans prescription médicale préalable, a beaucoup contribué à l'essor de ces produits. Mais force est de reconnaître que toute médaille a son revers, ici un important taux d'échecs ou d'abandons rappelé par Marc Auriacombe, médecin à l'unité de soins d'addictologie du CHU de Bordeaux.

Dans cette remarquable revue des thérapeutiques de substitution disponibles dans les addictions, les auteurs s'intéressant en particulier aux dépendances à l'héroïne et au tabac, il est rappelé que moins de 5 % seulement des fumeurs ont effectivement accès au traitement, ce qui reste très insuffisant.
Les substituts nicotiniques sont souvent classés dans un vaste fourre-tout alors qu'il faudrait les séparer en produits de substitution véritable (gommes, comprimés et inhalateurs), dont la prise s'accompagne d'un effet renforçant, perceptible, de la nicotine (c'est le même effet de *micro-shoot* que celui observé lors de l'inhalation d'une bouffée de fumée de cigarette), et en produits dont l'utilisation ne s'accompagne pas de cet effet renforçant et qui sont le vrai traitement de la dépendance, à savoir les patchs.
Cependant, gommes et inhalateurs ont leur place, notamment pour les patients qui n'acceptent pas encore un véritable changement de comportement ou pour ceux qui veulent, grâce à un tel recours, attendre qu'un traitement par patch devienne efficace grâce à une posologie adaptée. Dans cette seconde éventualité, le risque est que l'usage de gommes ou d'un inhalateur masque un dosage insuffisant du traitement par patch et favorise, à terme, l'échec. La substitution est donc moins simple qu'il n'y paraît et un accompagnement médical de qualité peut certainement contribuer à en accroître très significativement l'efficacité.

Le vrai traitement de substitution, inhalateur ou gomme à mâcher de nicotine, n'induit pas d'effort ou de contraintes particulières pour le patient

Le traitement de maintien de l'abstinence, patch à la nicotine notamment, supprime la conduite addictive mais demande un engagement et un effort important pour le patient

Les auteurs émettent un certain nombre de recommandations :
– favoriser l'usage du patch de nicotine à dose suffisante ;
– toujours rechercher la dose efficace permettant un apaisement de l'envie de consommer ;
– soutenir et renforcer la motivation du patient à l'aide d'entretiens réguliers, courts, centrés sur les consommations et (ou) les envies de consommer ;
– maintenir une relation thérapeutique stable avec le patient, inscrite dans la durée.
Et si tout cela ne suffit pas, le professionnel pourra avoir recours à l'avis d'un addictologue, intervenant de seconde intention et référent pour le médecin non spécialiste des conduites addictives. ■

Référence

Auriacombe M. et coll. Thérapeutiques de substitution dans les addictions. *La Revue du Praticien. 2003 ; 53 : 1327-34*

Contact presse : Hélène Monard
Tél. : 01 49 33 23 06 – Fax : 01 49 33 23 90
e-mail : relations.medias@inpes.sante.fr

INPES
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
www.inpes.sante.fr

Traitement de Substitution aux Opiacés en médecine de ville

La Buprénorphine est actuellement le seul TSO pouvant être initié en médecine libérale
Son objectif est de maintenir l'abstinence et d'améliorer les répercussions liées à l'addiction

AU PREALABLE s'assurer de la dépendance aux opiacés :

- **Faire remplir au patient l'auto-questionnaire DEPISTER**..*[cf. grille]*

1. Poser les modalités du cadre de soins avec le patient :

- **S'accorder sur des objectifs**, évoquer un suivi au long cours.
- **Appeler le pharmacien choisi par le patient pour la délivrance**.
- **Orienter vers du soutien psychologique et social** associé.

A NOTER **Durée attendue du traitement :** court = 5 ans, long > 10 ans.

2. Instaurer un TSO par buprénorphine :

- Dire au patient d'attendre l'apparition des premiers signes de manque pour éviter un sevrage précipité.
- **Débuter la posologie à 4 mg/j, puis augmenter de 2 à 4 mg** tous les uns ou deux jours, selon les signes de manque.
- **Prescrire le TSO sur une ordonnance sécurisée**……. ….*[cf. verso]*
- **Etablir une prise quotidienne sur place en pharmacie** : prise unique en sublingual (dissolution 5 à 10 minutes).
- Revoir le patient si possible plusieurs fois dans la semaine.

A NOTER **Dose moyenne efficace** située entre **8 et 16 mg/j** (au-delà de 16 mg, demander avis à un addictologue).
Bénéfices réduits en dessous de **6 mg** et au-delà de **32 mg**.

3. Poursuivre et adapter le suivi à chaque situation :

- **Proposer une consultation hebdomadaire, au moins le 1er mois**, en se donnant le temps d'une évaluation optimale.
- **Réajuster la posologie à 2 à 4 mg près,** surtout si : persistance du besoin de consommer, symptômes de manque, glissement vers d'autres conduites (alcool, cannabis, tabac, jeux, etc...).
- **Poursuivre les délivrances quotidiennes, au moins 3 mois**, tout en s'adaptant aux contraintes de vie ponctuelles du patient.
- **Assouplir la fréquence des consultations et de la délivrance** au vu de : l'observance, l'absence de signes de mésusage…
- **S'assurer avant d'instaurer un traitement associé** (BZD, antidépresseur…), que les troubles rapportés ne soient pas en lien avec un sous-dosage.

A NOTER **Durée maximale** de prescription de **28 jours**.
Délivrance de 7 jours maximum, sauf *« mention expresse »* : pour 28 jours au plus avec *« délivrance en une seule fois »* et réservée à certains profils (emploi, stabilisation de longue date, éloignement...)

EN CONTINU évaluer la qualité de prise en soins :

- **Absence de besoin de consommer des opiacés.**
- **Stabilisation ou réduction des autres consommations.**
- **Amélioration de la qualité de vie du patient.**
- **Contacts fréquents avec le pharmacien**.

+ CONTACT d'un confrère addictologue, au moindre doute, pour avis, et à quel que moment que ce soit.……*[cf. p.4]*

Indication
Dépendance avérée

à t = 0
Définition d'un projet de soins
Global et durable

1ère semaine
Instauration de BHD à +/- 4 mg
Prise quotidienne en pharmacie

à X semaines
Recherche du dosage optimal
≈ entre 8-16 mg

1ers mois
Suivi régulier du patient
Binôme médecin-pharmacie

à X mois
Ajustements si besoin +/- 2-4 mg
Assouplissement si pertinent

au long cours
Evaluation de la qualité de vie
Maintien de l'abstinence

X **années**
…

CONTACTS AVEC LES ADDICTOLOGUES

Ordonnances-type de TSO par Buprénorphine

Bases d'une prescription non falsifiable sur ordonnance sécurisée

Rythme de délivrance = Fréquence du passage du patient à la pharmacie (7 jours maximum sauf « mention expresse ») ≠ **Durée de l'ordonnance** = Durée pendant laquelle la prescription est valable (28 jours maximum)

Docteur Gilles RéSAG

MEDECIN GENERALISTE

7, rue de l'Ormeau mort
33000 BORDEAUX

Tél. : 05.56.31.14.62 …

N° d'ordre

Le 30 septembre 2009

Mr Jean PATIENT, 31 ans
(1,75 m – 70 kg)

EXEMPLE 1 :

Buprénorphine : quatre (4) milligrammes en une prise quotidienne sublinguale

Délivrance quotidienne prise sur place à l'officine
Pour deux jours

Traitement délivré à la pharmacie « de Gironde » située 10, rue de l'Ormeau mort à Bordeaux

Mention de la prise unique quotidienne

Mode d'administration par voie sublinguale

Mention de la pharmacie obligatoire

EXEMPLE 2 :

Buprénorphine : huit (8) milligrammes

Un comprimé en une prise sous la langue le matin

Traitement pour sept jours
A délivrer une fois par jour par la pharmacie « de Gironde » à Bordeaux

Mode de délivrance : quotidien +/- prise sur place, hebdomadaire…

Nombres écrits en **toutes lettres**

RéSAG

1

Signature immédiatement sous la dernière ligne

Nombre de médicaments différents

Outil validé par l'Ordre des Médecins, l'Ordre des Pharmaciens, la DRASS Aquitaine, le CEID, l'ANPAA 33, le Département d'addictologie, le GRITTA, ASUD.

Agir 33 RÉNAPSUD

Points-clés sur les TSO en médecine de ville

Addiction comme point de départ :

- **Considérer** que le patient n'est pas là par défaut ou volonté de nuire, mais bien pris dans un processus de **perte de contrôle**.
- **Poser d'emblée votre cadre de travail** sur lequel il pourra s'appuyer au fur et à mesure de son parcours.
- **Proposer des conditions claires et un suivi à long terme** pour éviter les demandes « autres » que le soin.
- **S'intéresser à la globalité de la situation** (sociale, psychique…) et adapter la prise en charge en conséquence.

Penser à Faire bénéficier de **l'ALD à 100%** : pour des patients précaires, isolés…
Faire évaluer la situation globale tous les 6mois par **l'ASI-MINI**…*[via RéSAG]*

Alliance thérapeutique comme essentielle :

- **Partager les objectifs** en tenant compte de la situation du patient.
- **Assouplir la prise en soin** en fonction du ressenti du patient.
- **Proposer un examen médical** lors des consultations, pour se dégager du rôle de « simple prescripteur ».

Penser à Faire vérifier **les sérologies** : VIH, VHC, VHB…, et **les vaccinations**
Proposer **un bilan de santé complet** : dentaire, gynéco, etc……*[via RéSAG]*

Urgence et dépannage comme exceptions :

- **Eviter les ordonnances** d'urgence (pour un patient non connu) et de « dépannage » (demande d'un patient suivi par un confrère).
- **Contacter** le médecin prescripteur et le pharmacien habituels.
- Cas exceptionnels, si cliniquement argumenté (signes de manque) : **limiter à 2 jours, avec délivrance quotidienne, prise sur place**.

Conduite à tenir en cas de mésusage(s) :

- **Se dire que le recours au mésusage est une probabilité** (multi-prises, injection, sniff…), il peut être symptomatique de l'addiction.
- **Ne pas hésiter à poser d'emblée la question** aux patients.
- **Informer en terme de réduction des risques** (infections, abcès…).
- **Evaluer un possible sous-dosage** (besoin de consommer, signes de sevrage…). Dans ce cas, augmenter la posologie à 2 ou 4 mg près.
- **Revenir à une délivrance quotidienne avec prise sur place**.

Penser à Appeler le pharmacien pour partager les informations sur la situation
Au Stéribox ® pour limiter les risques liés à l'injection (1€ en pharmacie)

+ EN CAS de persistance : demander avis à un confrère addictologue en centre : réévaluation, possibilité de passage à la méthadone… *[cf. p.4]*

Rappel concernant la Méthadone :

- La méthadone est également un TSO (forme sirop ou gélule).
- **L'initiation par un libéral n'est actuellement pas autorisée**.
- **Elle est réservée aux médecins des centres d'addictologie** ou de services hospitaliers (primo-precripteurs).
- **Sa prescription en ville se fait dans le cadre d'un relais** du médecin primo-prescripteur vers le médecin libéral désigné.
- **Le passage sous gélule** d'un patient suivi en ville implique **obligatoirement :** une réévaluation par un addictologue en centre, un protocole de soin (contact du médecin conseil de la CPAM).

Addiction
Perte de contrôle et rechute
= confirme la dépendance

Outils utiles
ALD 100%
ASI-MINI…

Alliance
Confiance et empathie
Suivi médical

Outils utiles
Examens
Bilans de santé…

Dépannage
A limiter : 2 jours
Prise quotidienne sur place

Mésusage
Evaluation d'un sous-dosage
Réduction des risques

Contacts utiles
Pharmacien
Réseaux
Addictologues

Méthadone
Prescription en relais uniquement

Contacts utiles
Addictologues
CPAM

CONTACTS AVEC LES ADDICTOLOGUES

Santé, travail et addiction

F. Serre, C. Denis*, M. Fatséas*, M. Auriacombe**

Enquête sur les consommations de substances parmi les travailleurs se rendant à la Médecine du Travail en Aquitaine, réalisée en 2009. Résultats : 3,5 % des travailleurs interrogés avaient une consommation problématique de substances illégales au moment de l'étude, mais 10,3 % en incluant l'alcool et 41,5 % le tabac. La majeure partie d'entre eux ne bénéficiaient pas d'une prise en charge pour leur problème.

Les plus touchés par l'usage problématique de substances, illégales comme légales, étaient les hommes âgés de moins de 35 ans. L'usage de substances illégales était également plus fréquent dans les secteurs d'activité du transport, de l'hébergement et de la restauration.

Si la majorité des travailleurs invoquaient des consommations à l'occasion d'événements festifs ou "pour se détendre", 29 % les motivaient par le besoin de soulager une tension, parmi lesquels 17 % spécifiquement un stress au travail. Enfin, 2,5 % consommaient pour "augmenter leurs performances".

CONTEXTE GÉNÉRAL

L'usage régulier d'alcool et de tabac est estimé à plus de 20 % dans la population générale française. Pour les substances illégales, l'expérimentation au cours de la vie varie de 1 à 27 % selon les substances (OFDT, 2010). Certaines de ses consommations peuvent devenir problématiques, et engendrer des difficultés, notamment dans le contexte du travail. Des études antérieures ont par exemple montré des performances réduites et un risque accru d'accidents du travail chez les personnes présentant un usage problématique d'alcool et de substances. Par ailleurs, certains travailleurs rencontrant des difficultés dans leur emploi pourraient être plus vulnérables et sujets à en développer un usage problématique. Les visites médicales dans les services de médecine du travail, qui permettent d'obtenir des informations sur la santé générale des salariés, peuvent également permettre de repérer les comportements à risque, comme l'usage problématique d'alcool et de substances.

OBJECTIFS ET MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Cette étude avait pour objectif de décrire et de caractériser l'usage de substances parmi un échantillon de travailleurs en Aquitaine. L'enquête s'est déroulée sur une période de 2 semaines, et les travailleurs étaient sollicités lors de leur visite dans un centre de médecine du travail en Aquitaine. Un questionnaire anonyme a été spécialement conçu pour l'étude et permettait de recueillir des informations sur les caractéristiques socio-démographiques des travailleurs (dont le secteur d'activité et la catégorie socio-professionnelle) et sur l'usage de différentes substances : tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne et stimulants. Pour chacune d'elle, le questionnaire permettait de renseigner l'usage (dans le passé et actuellement), ainsi qu'un repérage de l'usage problématique.

* *Laboratoire de psychiatrie/CNRS USR 3413 (Sanpsy), université Bordeaux-Segalen. Département d'addictologie, CH Charles-Perrens et CHU de Bordeaux.*

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Entre le 5 et le 19 octobre 2009, 3 060 questionnaires ont été remplis. On estime que cela représente 61 % des travailleurs venus consulter dans les services de médecine du travail participant à l'étude.

- En majorité : des hommes (54 %).
- Moyenne d'âge : 35,8 ans.
- Parmi ces travailleurs, 73,2 % étaient en CDI et 12,4 % en CDD.
- Cinquante pour cent se rendaient à la médecine du travail pour une visite périodique, 20 % pour une visite à la demande (employeur, salarié, etc.) et 12,4 % pour une visite à la reprise du travail.
- Les catégories socio-professionnelles : ouvriers (30 %), employés (29 %), professions intermédiaires (21 %), cadres et professions intellectuelles supérieures (18 %).
- Le secteur d'activité : 16,1 % des sujets travaillaient dans le commerce, 14 % dans des activités de service ou de ménage, 10 % dans la construction, 8 % dans l'industrie, 7,5 % dans les transports et 5 % dans l'hébergement et la restauration.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Usage de substances

La prévalence de l'usage actuel d'alcool était de 40 % et celui de tabac de 50 %. Celle de substances illégales allait de 1 % pour la cocaïne, les stimulants et les opiacés, à 10 % pour le cannabis. En ce qui concerne les consommations associées, l'alcool et le tabac

CONSOMMATION ALCOOLIQUE

Questionnaire DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
Oui ❑ Non ❑
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
Oui ❑ Non ❑
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
Oui ❑ Non ❑
4. Avez-vous déjà eu des besoins d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
Oui ❑ Non ❑

Résultats

Score inférieur à 2 (au plus, 1 seule réponse positive) : consommation occasionnelle et modérée. La personne peut facilement se passer d'alcool sans aucun malaise.
Score supérieur ou égal à 2 : consommation excessive, il faut la réduire sans tarder pour ne pas évoluer progressivement vers la maladie alcoolique. La plupart du temps, son entourage proche s'est rendu compte de son état.

À lire

– *Reynaud M. Repérer et traiter l'usage nocif de l'alcool. Impact Médecin Hebdo 21 janvier 2000 ; 476.*
– *Fourestié V. Le syndrome de sevrage d'alcool est une urgence dont le traitement a évolué. Revue du Praticien-Médecine Générale 28 septembre 1998 ; 431.*
– *In: http://www.masef.com/scores/questionnaredeta.htm*

Addict juin 2012.indd 22 05/06/12 14:24

étaient consommés de manière isolée alors que celles de cannabis, d'opiacés, de cocaïne ou de stimulants étaient plus fréquemment associées à celles d'autres substances, majoritairement le tabac et l'alcool. Les motivations les plus souvent rapportées, quelle que soit la substance, étaient la consommation dans un but festif (69 %), et pour se détendre (52 %).

Usage problématique

Il était défini comme un usage posant problème à l'usager ou le fait d'avoir 2 réponses positives ou plus au questionnaire DETA. Dans ce cadre, 25 à 30 % des usagers actuels de substances illégales, 17 % des usagers d'alcool et 80 % des usagers de tabac ont rapporté que leur consommation était problématique. Sa prise en charge était rare, et plus fréquente pour les substances illégales (hors cannabis) que pour le tabac et l'alcool. L'analyse des facteurs associés a mis en évidence que l'usage problématique de substances légales et illégales concernait davantage les travailleurs de sexe masculin, âgés de moins de 35 ans. De même, les secteurs des transports et de l'hébergement/restauration étaient plus fréquemment concernés par l'usage problématique de substances illégales, même après ajustement sur le fait que ces sujets étaient plus jeunes et plus souvent des hommes que ceux des autres secteurs.

Motivations

Leur analyse a mis en évidence que les travailleurs consommaient des substances majoritairement dans un but festif ou pour se détendre. Cependant, 29 % des usagers actuels rapportaient consommer pour diminuer une tension, 17 % une tension liée au travail spécifiquement, et 2,5 % consommaient pour *"augmenter leurs performances"*. L'analyse des facteurs associés aux différentes motivations d'usage a mis en évidence que celle-ci était plus fréquente chez les hommes et les usagers problématiques de substances illégales. Le fait de rapporter un usage pour soulager une tension était plus fréquent chez les femmes ainsi que chez les usagers problématiques, toutes substances confondues.

CONCLUSION

Des études antérieures ont montré que l'usage problématique de substance pouvait induire de moins bonnes performances au travail, une augmentation des absences, ainsi que du risque d'accident. Par ailleurs, les employés rencontrant des problèmes au travail pourraient également être conduits à augmenter leur consommation, et donc être plus à risque de développer une consommation problématique.

Dans cette étude, parmi les travailleurs rapportant une consommation pour soulager une tension, celle liée au travail était citée dans 33 % à 72 % des cas, selon la substance.

Cette étude a permis de mettre en évidence certaines populations de travailleurs plus à risque de présenter un usage problématique, et de décrire les facteurs associés aux motivations d'usage directement ou indirectement liées au travail. En revanche, elle n'a pas permis de montrer les différences de motivations d'usage selon la profession.

Références bibliographiques

1. *Auriacombe M, Fatséas M, Denis C et al. Enquête sur la consommation de substances parmi les travailleurs se rendant à la médecine du travail en Aquitaine en 2009. Bordeaux, France, université Bordeaux-Segalen 2011:34 p.*

2. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Drogues. Chiffres clés, 2010;vol. 3.*

Brèves

TABAC, ALCOOL, CANNABIS : LES "ANNÉES COLLÈGE"

Plus d'un tiers des collégiens français (34 %) ont déjà connu l'expérience de l'ivresse, selon l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) menée sous l'égide de l'OMS, réalisée en 2010 avec l'Inpes et le rectorat de Toulouse, rendue publique par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (11 500 élèves scolarisés interrogés, du CM2 à la seconde)*. Parmi les adolescents de 15 ans, 8,5 % ont une consommation d'alcool régulière. Si les chiffres de la consommation de ces jeunes restent stables par rapport à la même enquête menée en 2006, **l'alcool reste la première substance consommée**, avec des niveaux d'expérimentation élevés **dès 11 ans** : à cet âge, près de 6 élèves sur 10 y ont déjà goûté au moins 1 fois. Les premières ivresses (soit au moins 1 épisode dans l'année) concernent 5,8 % des 11 ans, 13,6 % des 13 ans et 38,1 % des 15 ans. Cette initiation à l'alcool se fait souvent dans un cadre festif, avec la "complicité" des parents qui l'assimilent à une sorte de rite.

Un collégien sur 5 fume du tabac tous les jours (près de 19 %). Plus en détails : à 11 ans, ils sont 8,8 % à déclarer avoir déjà fumé au moins 1 fois. C'est le cas de 25,4 % des élèves de 13 ans et de 55,5 % de ceux de 15 ans.

L'expérimentation du **cannabis** concerne 6,4 % des jeunes de 13 ans et 28 % de ceux de 15 ans et un peu moins de 3 % en déclarent des usages réguliers. Au final, les résultats de l'enquête HBSC font apparaître la précocité et la prédominance de l'alcool dans les usages des plus jeunes. Une analyse non plus par âge mais par classe **(de la 6e à la 3e)** montre combien la diffusion des produits se développe pendant les *"années collège"*. Ce constat s'observe pour le tabac, les ivresses et, dans une moindre mesure, le cannabis. Les hausses sont particulièrement sensibles à partir de la 4e et de la 3e. Ainsi, 12,7 % des élèves de 6e ont expérimenté le tabac et 51,8 % l'ont fait à la fin du collège. Pendant la période, l'usage dans la vie a donc quadruplé. Les usages quotidiens passent pour leur part de 1,0 % parmi les élèves de 6e à 15,6 % parmi ceux de 3e. L'ivresse *"dans la vie"* concerne 6,8 % des élèves de 6e et 17,2 % de ceux de 4e. Cette expérimentation double quasiment en 3e pour atteindre 34 %.

Pour le cannabis, les niveaux d'expérimentation inférieurs à 4 % en 6e et 5e passent à 11,4 % en 4e. Ils doublent en 3e (23,9 %).

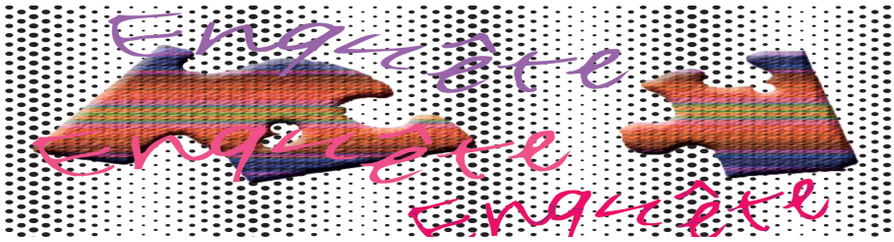
** Menée dans 41 pays sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) concerne des élèves de 11, 13 et 15 ans. Elle permet de décrire et d'étudier les contextes de l'ensemble de leurs comportements de santé, dont leurs consommations éventuelles de produits psychoactifs. En France, cette enquête est coordonnée par le service médical du rectorat de Toulouse sous la responsabilité des Drs Godeau et Navarro ; elle est réalisée avec la collaboration et le soutien de l'OFDT et de l'INPES.*

UN VERRE DE VIN PAR JOUR AUGMENTERAIT LE RISQUE DE CANCER DU SEIN

Après avoir analysé 113 études sur ce sujet, impliquant 77 000 buveurs légers et 44 500 non buveurs, les auteurs confirment, dans *Alcohol and Alcoholism*, qu'une consommation quotidienne d'alcool accroît les risques de cancer du sein de 5 % pour 1 verre par jour ! Et, potentiellement, de 40 à 50 % pour environ 3 verres par jour ! Bien que certains facteurs comme l'hérédité – on le sait – puissent favoriser l'apparition de la maladie, les auteurs rappellent que dans 85 % des cas de cancer du sein, les femmes n'avaient pas d'antécédents familiaux. Ils soulignent le fait que ce sont les femmes des classes moyennes, menant une activité professionnelle et consommant chaque soir du vin, qui seraient les plus touchées d'après les conclusions du Pr Seitz.

Seitz HK, Pelucchi C, Bagnardi V, Vecchia CL. Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: update 2012. Alcohol Alcohol 2012 Mar 2.

Addict juin 2012.indd 23 05/06/12 14:24



Consommation de substances et comportements à risque au cours de l'incarcération

Enquête dans une maison d'arrêt en France

Philippe Rossard, Sylvie Riuné-Lacabe*, Paola Cousin*, Cécile Denis* et **, Marc Auriacombe* et ***

L'objectif de cette enquête (680 questionnaires distribués, 177 retournés, 107 retenus) était d'évaluer la présence de substances (notamment interdites), leur consommation en cours d'incarcération, l'asepsie et les comportements à risques infectieux liés à l'usage de substances ou le tatouage. À l'exception du tabac, 25 % des détenus déclaraient avoir consommé de l'alcool, 49 % du cannabis, 29 % de la cocaïne, 9 % du crack, 20 % de l'héroïne et 23 % d'autres substances ou médicaments détournés (31 % par voie nasale, 14 % par voie intraveineuse). Parmi les usagers de la voie nasale, 50% déclaraient partager leur matériel (paille) et 31 % le désinfectaient avant de consommer. Parmi les usagers de la voie intraveineuse, 60 % déclaraient partager leur matériel d'injection et 67 % le désinfecter avant utilisation. Enfin, 27 % des détenus déclaraient s'être faits tatouer au cours de l'incarcération et 79 % rapportaient que le matériel utilisé avait été désinfecté. Les méthodes de désinfection étaient majoritairement non efficaces. Seuls 17 % mentionnaient un besoin d'informations supplémentaires.

The objective of this investigation was to evaluate the presence of addictive substances and their use among currently incarcerated individuals, asepsis and infection risk behaviors related to substance use and tattooing. Method. The sample consisted of individuals over 18 detained in a French prison on December 11, 2008. An anonymous individual questionnaire to return by mail was distributed. It consisted of nine questions exploring: 1) The presence of substances (legal or illegal) or non-prescribed drugs, 2) Current substance use (excluding tobacco) by the inmate during his incarceration, 3) mode of consumption of these substances, 4) Risk behaviors of infectious disease contamination: sharing drug paraphernalia, method of disinfection; 5) The tattoo. Results. Of the 680 questionnaires distributed, 177 (26 %) were returned. Of these, 70 were not informative. The results presented are based on responses from 107 questionnaires (16 % of distributed questionnaires). With the exception of tobacco, 87 % of inmates reported the presence of cannabis, 67 % cocaine, 57 % alcohol, 54 % heroin, 28 % crack and 29 % other substances or diverted medications. With the exception of tobacco, 25 % reported having used alcohol, 49 % cannabis, 29 % cocaine, 9 % crack, 20 % heroin and 23 % other substances or diverted medications. Among inmates, 31 % reported consuming nasally, 14 % reported using the intravenous route. Among users of the nasal route, 50 % reported sharing their material (straw) and 31% disinfected their equipment before consuming. Among users of the intravenous route, 60 % reported sharing injecting equipment and 67 % reported disinfecting such equipment before use. 27 % of inmates reported having a tattoo done during incarceration and 79 % reported that the equipment used for tattooing had been disinfected. Disinfection methods reported were however mostly ineffective. Only 17% of inmates reported a need for further information. Conclusion. Information and prevention aimed at inmates and prison staff should be considered. Further investigation could be programmed on a larger scale. Issues of risk reduction must be taken into account in prisons. It is essential not to reduce them to needle exchange programs however, although this is also to be considered.

1. Département d'addictologie, CH Charles-Perrens et CHU de Bordeaux.
2. Laboratoire de psychiatrie, Sanpsy CNRS USR 3413, université de Bordeaux.

Mots-clés : *Prison ; Consommation de drogues ; Injections intraveineuses ; Sniff ; Pratiques à risque de contamination infectieuse ; Désinfection.*
Keywords : *Prison ; Drug use ; Intravenous use ; Snorting ; Risks of infectious contamination ; Disinfection.*

LES DONNÉES EXISTANTES

L'**étude DRESS de 2001** rapportait que 30 % des détenus fréquentant les SMPR en France déclaraient une consommation de substances (hors tabac) à l'entrée en détention *(1)*. Une étude multicentrique dans les prisons européennes a montré que plus de la moitié des usagers continuaient à consommer au cours de leur incarcération *(2)*. Cependant, très peu d'études ont examiné la consommation de substances au cours de l'incarcération en maison d'arrêt. Plusieurs études ont montré que les pratiques à risque de transmission du VIH avant comme pendant l'incarcération étaient fréquentes *(3-5)* et que la prévalence du VIH et des hépatites virales était plus élevée chez les détenus qu'en population générale *(6)*.

À la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, beaucoup de personnes reçues par les professionnels du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) intervenant en milieu pénitentiaire, font état de consommations hors indications médicales. Elles sont parfois associées à des comportements à risque de contamination pour le VIH ou les hépatites virales (notamment VHC). À cela s'ajoute le risque de contamination lié au tatouage. Les études de prévalence montraient qu'environ 18 % des détenus se faisaient tatouer en prison et que la prévalence de ces tatouages était plus importante chez les usagers de substances par voie intraveineuse *(2)*.

Une étude dans les prisons écossaises a montré que le risque de contamination par le VIH au cours de l'incarcération était inférieur au risque encouru en dehors, alors que les équipes soignantes considéraient, elles, qu'il était majoré au cours de l'incarcération *(7)*. Le manque d'informations, la difficulté d'accès à du matériel (interdit en milieu pénitentiaire hors service médical) et les conditions de détention sont des facteurs aggravants d'une consommation cachée pour des sujets vulnérables.

OBJECTIF ET MÉTHODE

Le questionnaire spécifique que nous avons développé comportait plus de **9 questions** explorant : la présence de substances illégales ou de médicaments non prescrits ; les substances consommées (hors tabac) par le

Addict juin 2012.indd 28 05/06/12 14:24

détenu au cours de son incarcération ; les modes de consommation de ces substances ; les comportements à risque de contamination (partage de matériel de consommation, mode de désinfection ; tatouage).

L'échantillon était constitué des personnes de plus de 18 ans détenues (prévenues et condamnées), présentes à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan (Gironde) au 11 décembre 2008.

Après approbation par le comité de recherche de l'université, cette étude a été présentée à l'administration pénitentiaire qui l'a autorisée après examen. Des enveloppes contenant 2 à 3 enveloppes à l'adresse de l'antenne d'addictologie du CSAPA intervenant en maison d'arrêt (courrier interne sans affranchissement) ainsi que les questionnaires à remplir pour l'enquête ont été distribués systématiquement dans chaque cellule. La garantie d'anonymat était assurée par une mention en préambule du questionnaire qui stipulait qu'aucun nom, numéro d'écrou ou numéro de cellule ne devait apparaître sur le questionnaire ou l'enveloppe. Une notice explicative pour remplir le questionnaire et le retourner était également fournie. Une note expliquait la démarche de cette enquête et demandait au détenu de répondre avec le plus de sincérité et le plus précisément possible afin de garantir une plus grande validité des données recueillies. Ils devaient glisser le questionnaire complété dans l'enveloppe jointe et la cacheter. Elle n'était ouverte que par l'équipe mettant en place l'enquête, indépendante de l'administration pénitentiaire.

RÉSULTATS

Parmi les 680 questionnaires distribués, 177 (26 %) ont été retournés. Parmi ces 177 questionnaires, 70 n'étaient pas informatifs puisque toutes les questions avaient été répondues par la négative pour 68 questionnaires et 2 avaient été retournés sans êtres remplis. Les résultats présentés se fondent donc sur les réponses des 107 questionnaires exploitables (16 % des questionnaires distribués).

- À l'exception du tabac, parmi les détenus ayant répondu à la question concernant **les substances présentes** à la maison d'arrêt, 87 % déclaraient celle de cannabis, 67 % de cocaïne, 57 % d'alcool, 54 % d'héroïne, 28 % de crack. Ainsi, 29 % déclaraient la présence d'autres substances ou médicaments tels que LSD, MDMA, amphétamines, opium (rachacha), GHB, champignons, buprénorphine, méthadone ***(tableau I)***.
- À l'exception du tabac, parmi les détenus ayant répondu à la question concernant la **consommation de substances** elle-même pendant l'incarcération ***(tableau II)***, 49 % déclaraient avoir consommé du cannabis, 29 % de la cocaïne, 25 % de l'alcool, 20 % de l'héroïne, 9 % du crack et 23 % d'autres substances (principalement des médicaments détournés de leur usage).
- **Les modes de consommation de substances :** 33 détenus (soit 31 % de l'échantillon) déclaraient consommer par voie nasale, 43 (40 % de l'échantillon) déclaraient la présence de seringues au sein de la maison d'arrêt et 15 (14 %) utiliser la voie intraveineuse pendant leur incarcération.
- **Les comportements à risques de contamination :** parmi les 33 détenus qui déclaraient utiliser *la voie nasale*, 10 (30 %) disaient désinfecter leur matériel avant de consommer : 3 avec de l'eau de Javel, 3 avec un briquet, 1 avec de l'eau salée ou chaude (1), 1 par retournement de la paille et utilisation d'une autre feuille de papier (1). Seize (soit 50 % d'entre eux) déclaraient partager leur matériel (paille) et seuls 5 (31 %) désinfectaient ce matériel avant de consommer. Les modes de désinfection utilisées dans le cas de partage de matériel étaient : l'eau de javel (2), le briquet (1), la paille retournée (2).

Parmi les 15 usagers déclarant utiliser la *voie intraveineuse*, 9 (soit 60 %) disaient désinfecter leur matériel avant de s'injecter : 5 avec de l'eau de Javel, 2 avec un briquet, 1 avec de l'eau pétillante. Un seul détenu (7 %) déclarait utiliser des seringues neuves.

Neuf d'entre eux (soit 60 %) déclaraient partager leur matériel d'injection et 6 (67 %) le désinfecter avant de l'utiliser, avec de l'eau de Javel ou un briquet.

- **La pratique du tatouage :** 29 détenus (soit 27 % de l'échantillon) déclaraient s'être faits tatouer au cours de l'incarcération. Une majorité (soit 79 %) rapportait que le matériel utilisé avait été désinfecté, avec de l'eau de Javel, un briquet, de l'alcool et la povidone iodée (Bétadine®).
- **La demande d'informations :** dans leur grande majorité, les détenus n'estiment pas avoir besoin d'informations sur les substances, les comportements à risque lié à leur usage ou à risque sexuel puisque seuls 18 (soit 17 % d'entre eux) rapportaient un besoin d'informations supplémentaires.

Tableau I. ***Enquête par questionnaire anonyme à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan en décembre 2008. Réponse à la question "À votre connaissance, les produits suivants sont-ils présents en détention ?" (n= 107).***

Substance présente	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sais pas n (%)
Alcool	61 (57 %)	32 (30 %)	14 (13 %)
Cannabis	93 (87 %)	10 (9 %)	4 (4 %)
Héroïne	58 (54 %)	30 (28 %)	19 (18 %)
Cocaïne	72 (67 %)	21 (20 %)	14 (13 %)
Crack	30 (28 %)	43 (40 %)	34 (32 %)
Autres produits*	31 (29 %)	5 (5 %)	71 (66 %)

** LSD, MDMA, amphétamines, opium (rachacha), GHB, champignons, buprénorphine, méthadone.*
Les rares "Sans réponse" étaient comptés avec les "Ne sais pas".

Tableau II. ***Enquête par questionnaire anonyme à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan en décembre 2008. Réponse à la question "Avez-vous déjà consommé en détention un ou plusieurs des produits suivants ?" (n= 107).***

Substance consommée	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sais pas n (%)
Alcool	27 (25 %)	69 (65 %)	11 (10 %)
Cannabis	52 (49 %)	51 (48 %)	4 (3 %)
Héroïne	20 (19 %)	75 (70 %)	12 (11 %)
Cocaïne	29 (27 %)	64 (60 %)	14 (13 %)
Crack	12 (11 %)	76 (71 %)	19 (18 %)
Autres produits*	27 (25 %)	27 (25 %)	53 (50 %)

** Principalement des médicaments détournés de leur usage.*
Les rares "Sans réponse" étaient comptés avec les "Ne sais pas".

DISCUSSION

Les principales substances consommées à l'extérieur de la maison d'arrêt étaient disponibles au sein de l'établissement. Hors tabac, la substance la plus consommée était le cannabis, ce qui est retrouvé dans la plupart des études en milieu pénitentiaire *(8, 9)*. La prévalence de la consommation de cocaïne et de crack semblait être plus importante en milieu carcéral que chez les patients fréquentant le dispositif ambulatoire de soins spécialisés en addictologie (29 % versus 7 %) *[10]*. Cepen-

Addict juin 2012.indd 29 05/06/12 14:24

dant, comme le soulignait ce dernier rapport de l'EMCDDA, la cocaïne était la deuxième substance illégale consommée après le cannabis. La prévalence de la consommation d'opiacés (principalement d'héroïne) était moindre, mais cela pouvait s'expliquer par la prise en charge effective de la dépendance aux opiacés au sein de l'établissement *(11)*.

Parmi les usagers de substances, 14 % déclaraient utiliser la voie intraveineuse et 31 % la voie nasale. La prévalence de l'utilisation de la voie intraveineuse était inférieure à celle retrouvée dans les études en milieu carcéral en Europe, qui montrait une prévalence de l'usage de la voie intraveineuse à hauteur de 49 % *(2)*. Dans notre échantillon, il semblerait que la voie nasale était préférée à l'intraveineuse. Une étude réalisée en France en 2003, avait montré que seuls 2,6 % des détenus utilisaient la voie intraveineuse et qu'entre 60 % et 80 % des détenus arrêtaient l'utilisation de cette voie au cours de l'incarcération.

Les usagers de notre échantillon consommaient plus de cocaïne que d'héroïne. Les études en Centres de soins spécialisés en addictologie ont montré que si la voie intraveineuse restait la voie principale de consommation pour l'héroïne, la voie nasale tendait à augmenter. Pour la cocaïne, les usagers recouraient principalement à la voie nasale (67 %), puis à la voie fumée (16 %), enfin à l'intraveineuse (14 %) *[12]*. Les voies d'administration de substances dans notre échantillon correspondaient donc à un échantillon d'usagers de cocaïne.

Dans notre échantillon, entre 50 et 60 % des usagers déclaraient partager leur matériel de consommation. La prévalence du partage du matériel d'injection était élevée et largement supérieure à celle retrouvée dans des échantillons de sujets fréquentant le dispositif ambulatoire de soins spécialisés en addictologie. Les études ont montré une diminution du partage du matériel d'injection depuis 2001 avec une prévalence de partage d'environ 12 % en 2004 *(13)*. La prévalence du partage de la paille était également 2 fois plus élevée que celle retrouvée chez des usagers des substances fréquentant le dispositif de soins (50 % versus 25 %) *[14]*. Le partage de matériel de consommation est une source de vecteur de contamination importante pour le VIH ou les hépatites virales.

À ces modes de consommation s'ajoutaient également les contaminations possibles par les tatouages. Dans notre échantillon, 27 % déclaraient s'être fait tatouer en prison et 21 % n'avaient pas désinfecté le matériel. Les modes de désinfection utilisées par les détenus n'étaient que peu efficaces. L'eau de Javel était très fortement diluée et, au mieux, les détenus rapportaient l'utilisation d'agents antiseptiques, mais non stérilisants. Ces pratiques soulignaient les croyances erronées des modes de stérilisation du matériel. Cependant, les détenus rapportaient ne pas avoir besoin d'informations complémentaires sur les usages de substance et les comportements à risque sexuel ou lié à la consommation de substance. Cette donnée soulève la question d'une réelle méconnaissance par les détenus des risques de contamination ou si, par défaut de disponibilité de matériels d'injection ou de sniff stérile, ils consommaient tout en ayant connaissance des risques encourus. Cette dernière hypothèse irait dans le sens d'une consommation illustrant majoritairement une perte de contrôle due à une addiction avérée plutôt qu'à une simple consommation récréative ou occupationnelle. Cela aurait des implications pour la prévention et la conduite à tenir vis-à-vis de ces comportements. Cette enquête préliminaire souligne l'importance d'évaluer les consommations de substances au cours de la détention afin de proposer une prise en charge adaptée au cours de la détention. Il est important de s'interroger sur les comportements à risque au cours de l'incarcération, ces derniers étant plus élevés qu'en dehors de l'incarcération. La question de la réduction des risques et de la politique de prévention est à reconsidérer.

Des études épidémiologiques restent encore à mener auprès de population incarcérée qui évaluerait l'ensemble des consommations, y compris le tabac. Il serait également intéressant de prendre en compte l'ensemble des prises en charge reçues.

En termes de comportements à risques, il faudrait également "explorer" le partage du petit matériel (cuillère, coton, filtre), les pratiques sexuelles, le piercing.

Financement : PHRC 2006 (M. Auriacombe) pour le recueil et MILDT 2010 (M. Auriacombe) pour l'exploitation.Déclaration : S. Riuné-Lacabé est maintenant au SMPR de la Maison d'Arrêt de Bordeaux-Gradignan, Gradignan, France. C. Denis est actuellement (2012-2013) à l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie, USA. M. Auriacombe est affilié à l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie, USA.

Références bibliographiques

1. *Coldefy M, Faure P, Prieto N. Études et résultats 2002. Paris, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. 2002;181.*

2. *Rotily MC, Weilandt SM, Bird K et al. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. Eur J Public Health 2001;11:243-50.*

3. *Bird AG, Goore SM, Cameron S, Ross AJ, Goldberg DJ. (Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison. Barlinnie Aids 1995;9:801-8.*

4. *Gore SM, Bird AG, Burns S, Ross AJ, Goldberg D. Anonymous HIV surveillance with risk-factor elicitation: at Perth (for men) and Cornton Vale (for women) prisons in Scotland. Int J STD AIDS 1997;8:166-75.*

5. *Malliori M, Sypsa V, Psichogiou M et al. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. Addiction 1998;93: 243-51.*

6. *Rotily M, Weilandt C.HIV infection and viral hepatitis in European prison. Aids in Europe. New challenge for the social sciences. S. S. Moatti J., Prieur A., Standford T., Aggleton P. London, New York, Taylor & Francis group: 2000:149-64.*

7. *McKee KJ, MarkovaI, Power KG.Concern, perceived risk and attitudes towards HIV/AIDS in Scottish prisons. AIDS Care 1995;7(2):159-70.*

8. *Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison. Sante Publique 2006;18:223-34.*

9. *Valera P, Epperson M, Daniels J, Ramaswamy M, Freudenberg N. Substance use and HIV-risk behaviors among young men involved in the criminal justice system. Am J Drug Alcohol Abuse 2009;35: 43-7.*

10. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009, July 2009). Drug situation. Retrieved September 2009, 2009, from http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/fr.*

11. *Obradovic I, Canarelli T. Primo-prescription de méthadone en établissement de santé. Tendances 2008;60:1-4.*

12. *Observatoire français des drogues et toxicomanies. 2009 National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Saint Denis-La Plaine, 2010.*

13. *Fatseas M, Denis C, Serre F, Dubernet J, Daulouede JP, Auriacombe M. Change in HIV-HCV Risk-Taking Behavior and Seroprevalence Among Opiate Users Seeking Treatment Over an 11-year Period and Harm Reduction Policy. AIDS Behav. 2011 Oct 9. [Epub ahead of print].*

14. *Jauffret-Roustide M. Prévalence du VIH et du VHC, pratiques à risque et précarité chez les usagers de drogues. Résultalts de l'enquête ANRS-Coquelicot. Paris, Institut de Veille Sanitaire, 2007.*

Chers abonnés, chers lecteurs,

L'équipe Edimark vous souhaite un très bel été d'évasion et de réflexion,
et vous donne rendez-vous dès la rentrée pour vous accompagner dans votre pratique!

Addict juin 2012.indd 30 05/06/12 14:24