

item 75
ADDICTION AU TABAC



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac.
- * Connaître les traitements de la dépendance au tabac (pharmacologiques et non pharmacologiques)
- * Indications et principes du sevrage thérapeutique.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître les principaux risques liés au tabagisme actif, au tabagisme passif, et au tabagisme in utero
A	Définition	Connaître les principaux types de dépendance entraînés par le tabac et la façon d'évaluer cette dépendance
B	Définitions	Cigarette électronique
B	Éléments physiopathologiques	Toxicité nicotine, goudrons et fumée de tabac
B	Éléments physiopathologiques	Mécanisme d'atteinte artérielle (Thrombogénicité, vasomotricité, inflammation)
A	Prévalence, épidémiologie	Âge de début, le % de dépendants et la mortalité mondiale et française liée au tabac et les risques
B	Prévalence, épidémiologie	Tendances épidémiologiques du tabagisme au cours du temps
A	Prévalence, épidémiologie	Tabagisme hommes/femmes
A	Prévalence, épidémiologie	Tabagisme chez les jeunes
A	Prévalence, épidémiologie	Tabagisme chez la femme enceinte
A	Prévalence, épidémiologie	Modes de consommation du tabac
A	Prévalence, épidémiologie	Ordre de grandeur du nombre de cas de cancer liés au tabac

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Prévalence, épidémiologie	Part du tabac dans la mortalité en France
A	Prévalence, épidémiologie	Mortalité liée au tabagisme actif
A	Prévalence, épidémiologie	Impact sur la mortalité cardiovasculaire
A	Prévalence, épidémiologie	Connaître l'épidémiologie du tabagisme et celles des principales maladies liées au tabac
A	Prévalence, épidémiologie	Tabagisme passif, grandes notions de sur-risque
B	Prévalence, épidémiologie	Catégories socio-professionnelles (CSP) des fumeurs en France
A	Diagnostic positif	Savoir dépister la consommation de tabac
A	Diagnostic positif	Diagnostic de dépendance
A	Diagnostic positif	Signes de sevrage en tabac
A	Diagnostic positif	Complications médicales non psychiatriques
B	Diagnostic positif	Diagnostic des comorbidités psychiatriques et addictives
A	Prise en charge	Moment du sevrage : Proposition d'aide à l'arrêt à chaque contact avec un professionnel de santé
A	Prise en charge	Connaître les moyens de prévention primaire et secondaire
A	Prise en charge	Connaître les traitements de la dépendance au tabac (pharmacologiques et non pharmacologiques)
A	Prise en charge	Outils institutionnels (tabac info service)
B	Prise en charge	Après un événement aigu : infarctus du myocarde, décompensation respiratoire...
B	Prise en charge	Recherche des comorbidités en fonction du terrain
B	Prise en charge	À long terme : savoir que les rechutes sont la règle d'où proposer systématiquement l'arrêt
B	Prise en charge	Aide médicamenteuse autre que traitements substitutifs nicotiques (TSN)
B	Prise en charge	Savoir quand adresser un patient en consultation de tabacologie



POINTS CLÉS

- * L'âge moyen lors de la première cigarette est d'environ 14 ans.
- * 80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires sont liés à l'intoxication tabagique.
- * La nicotine est le principal agent responsable de la dépendance.
- * La nicotine n'est pas considérée comme cancérigène.
- * Les moyens de prise en charge existant sont les psychothérapies, les substituts nicotiques, la varéclique et le bupropion.
- * La prise en charge à long terme permet un maintien de l'arrêt de l'usage, une adaptation du traitement de substitution et une surveillance régulière du patient.

1. ÉPIDÉMIOLOGIE

L'âge moyen de consommation de la première cigarette est stable, aux alentours de 14 ans.

En 2019, 30,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient fumer du tabac (34,6 % des hommes et 26,5 % des femmes). La prévalence du tabagisme quotidien s'élevait à 24 % (27,5 % parmi les hommes et 20,7 % parmi les femmes).

L'intoxication tabagique est responsable, dans le monde, d'un décès sur dix (plus de 5 millions de personnes par an). En France, elle représente la première cause de décès évitable avec 75 000 décès prématurés chaque année.

La durée de l'intoxication tabagique est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac. Doubler la dose multiplie le risque de cancer par 2, alors que doubler la durée le multiplie par 16 voire 23.

En 2014, il y avait 13,3 millions de consommateurs quotidiens de tabac en France métropolitaine parmi les **11-75 ans**. En 2019, par rapport à 2014, le tabagisme quotidien a diminué de 4,5 %.

49 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance.

2. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'USAGE DE TABAC

2.1. Usage de tabac nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

2.2. Dépendance au tabac (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

3. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'USAGE DE TABAC

3.1. Complications médicales non psychiatriques

<p>Néoplasiques (L'intoxication tabagique est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Cancer broncho-pulmonaire (80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires) * Cancer épidermoïde de l'œsophage * Cancer de la vessie * Cancers oro-pharyngés * Cancer du larynx * Cancer du pancréas * Cancer du rein
<p>Pulmonaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Broncho-pneumopathie chronique obstructive (15 % des fumeurs) * Emphysème * Bronchite chronique * Insuffisance respiratoire chronique
<p>Cardiovasculaires (L'intoxication tabagique représente la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable et le premier facteur de risque cardiovasculaire de la femme non ménopausée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisance coronarienne : fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde * Artériopathie oblitérante des membres inférieurs * HTA, cardiopathie hypertensive * Anévrisme de l'aorte abdominale * Accident vasculaire cérébral
<p>Dermatologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Augmentation de la sévérité de l'acné * Accélération du vieillissement cutané * Coloration des ongles * Sécheresse cutanée
<p>Autres</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Colorations brunes ou noires des dents * Parodontopathie * Déchaussement dentaire * Polyglobulie, polynucléose * Diminution de la fécondité * Accouchement prématuré * Retard de croissance intra-utérin * Mort fœtale in utero, GEU, fausse couche
<p>Intoxication passive</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Multiplication du risque de cardiopathies ischémiques et de cancer broncho-pulmonaire par 1,3 * Coronaropathie * Otite, asthme chez l'enfant, bronchite

3.2. Complications médicales psychiatriques

Beaucoup de patients atteints de troubles psychiatriques fument, puisqu'on retrouve 82 % de fumeurs chez les patients atteints de schizophrénie et environ 56 % de fumeurs chez les patients atteints de troubles bipolaires de l'humeur.

Avant un sevrage tabagique, il est nécessaire de repérer l'anxiété et l'épisode dépressif caractérisé éventuels, actuel et sur la vie entière.

Les fumeurs qui ont du mal à arrêter de fumer sont susceptibles de manifester une humeur dépressive.

Les manifestations anxio-dépressives induites par le sevrage durent environ quelques semaines et ne nécessitent en général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les symptômes persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique (psychiatrie). Mais en général, à distance du sevrage tabagique, les anciens fumeurs rapportent une amélioration notable des symptômes anxieux et dépressifs, du niveau de stress, ainsi que de leur qualité de vie.

Le tabac pourrait favoriser le trouble panique en raison de ses effets stimulants.

4. NOTIONS DE PHYSIOPATHOLOGIE

Une cigarette contient environ 7 000 composés dont 69 cancérogènes. La nicotine n'est pas considérée comme cancérogène.

La nicotine est le principal agent responsable de **la dépendance**. Lorsque le patient fume, il existe un pic rapide de la concentration plasmatique de nicotine, vraisemblablement responsable de l'effet particulièrement addictogène de la cigarette.

Les goudrons, agents cancérogènes, sont responsables des modifications des cellules épithéliales. Ces cellules peuvent être remplacées peu à peu par des cellules saines après un arrêt précoce du tabac.

Le monoxyde de carbone (CO) est une cause de troubles cardiovasculaires.

Les radicaux libres de la fumée stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire et inhibent les enzymes responsables de sa protection.

Les signes de sevrage apparaissent rapidement après arrêt brutal ou diminution significative de la quantité fumée : humeur dépressive, irritabilité, frustration, colère, insomnie, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, prise de poids.

5. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

5.1. Stratégies de prévention

Tous les professionnels de santé devraient s'impliquer dans la prévention de l'intoxication tabagique (dès l'âge scolaire) et dans l'aide à l'arrêt du tabac.

L'arrêt du tabac réduit la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.

Les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac sont un bon niveau socio-économique, une faible consommation de tabac, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de l'intoxication tardif, une durée d'intoxication brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt.

L'objectif de la prise en charge est l'obtention de l'arrêt de l'usage.

Les stratégies de lutte contre cette intoxication dont disposent les pouvoirs publics sont multiples et peuvent comprendre :

- * une **modification de l'environnement de l'individu** : prix du tabac, accessibilité du tabac, réglementation de son usage, réglementation de sa promotion/publicité, offre de soin et prévention (consultations de sevrage, dispositif Tabac Info Service, substituts nicotiniques accessibles et remboursables), interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ;
- * une **invitation de l'individu à changer son comportement** : information, communication, éducation pour la santé via des campagnes médiatiques, des documents, des actions de terrain ;
- * des **mobilisations collectives** : adaptations organisationnelles, engagement militant, lobbying.

5.2. Dépistage

Tous les patients devraient faire l'objet, de manière systématique, d'une évaluation de leur consommation de tabac et faire l'objet d'un suivi de celle-ci.

Le dépistage débute en posant au patient la question : « **Fumez-vous ?** » Puis en suivant un algorithme décisionnel pouvant déboucher sur la mise en place d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac.

La consommation de tabac évaluée en Paquets-Année (PA) correspond au nombre de paquets par jour multiplié par le nombre d'années d'intoxication tabagique.

Cependant cet index est mauvais. En effet, la durée d'exposition représente un risque beaucoup plus élevé que le nombre de cigarettes consommées par jour.

Si le patient souhaite arrêter, il devra bénéficier d'un temps d'évaluation des croyances et des attentes qu'il a vis-à-vis de ses consommations de tabac et de son arrêt. Il devra également bénéficier d'une évaluation de sa dépendance.

5.3. Modalités de sevrage

5.3.1. Évaluation de la dépendance

Le test de Fagerström en 6 questions sera utilisé même si la qualité psychométrique de cet outil est mauvaise.

Les questions n° 1 et n° 4 du test de Fagerström sont les plus utiles pour caractériser l'intoxication tabagique.

Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux qui soulagera les symptômes de sevrage, réduira le craving et préviendra les risques de reprise de l'usage de tabac.

À cette évaluation de la dépendance, il faut associer l'évaluation des comorbidités psychiatriques ainsi que l'évaluation des co-addictions.



LE TEST DE FAGERSTRÖM

1 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- a/ Dans les 5 minutes 3
- b/ 6 à 30 minutes 2
- c/ 31 à 60 minutes 1
- d/ Plus de 60 minutes 0

2 - Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- a/ Oui 1
- b/ Non 0

3 - À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- a/ À la première de la journée 1
- b/ À une autre 0

4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- a/ 10 ou moins 0
- b/ 11 à 20 1
- c/ 21 à 30 2
- d/ 31 ou plus 3

5 - Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- a/ Oui 1
- b/ Non 0

6 - Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- a/ Oui 1
- b/ Non 0

5.3.2. Les traitements pharmacologiques

5.3.2.1. Les substituts nicotiniques

Les traitements de substitution nicotinique (TSN) permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes. Ils ne sont pleinement efficaces que s'ils sont prescrits suffisamment longtemps, à un dosage adapté au patient et que les modes d'utilisation et les effets indésirables éventuels sont bien expliqués au patient.

Ils existent sous plusieurs formes :

- * **formes transdermiques** : timbres (ou patches) : **permettent une administration de nicotine sur 24 heures ou sur 16 heures** ;
- * **formes orales** :
 - gommes à mâcher ;
 - comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux ;
 - inhalateurs ;
 - sprays buccaux.

Lors du traitement, les formes orales peuvent être associées aux patches.

Les effets indésirables sont modérés.

Ils régressent spontanément et rapidement après retrait du dispositif et dépendent des formes : céphalées, palpitations, dysgueusie, hoquets, nausées, dyspepsie, douleurs et paresthésie au niveau des tissus mous de la cavité buccale, stomatite, hypersécrétion salivaire, brûlure des lèvres, sécheresse de la bouche et/ou de la gorge.

Les patchs peuvent être responsables d'érythème et de prurit au point d'application.

5.3.2.2. Varénicline et Bupropion

5.3.2.3. En seconde intention la varénicline (Champix®) :
agoniste partiel des récepteurs nicotiniques

5.3.2.4. En dernière intention le bupropion (Zyban®) :
inhibiteur de la recapture de la noradréline et de la dopamine

5.3.3. Les traitements non pharmacologiques

Un accompagnement psychothérapeutique est recommandé lors de la prise en charge. Le patient peut bénéficier :

- * d'entretiens motivationnels afin de susciter ou de renforcer la motivation au changement ;
- * d'une psychothérapie de soutien ;
- * d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ;
- * d'un accompagnement téléphonique : ligne Tabac Info Service (3989) mise en place par le ministère chargé de la Santé et Santé Publique France.

Il est recommandé d'aider le patient à anticiper les risques de reprise de l'usage de tabac en repérant toute pensée pouvant conduire à la prise d'une cigarette et les situations incitant habituellement le patient à fumer.

5.3.4. Les cigarettes électroniques (principes basiques de fonctionnement)

Les cigarettes électroniques diffusent de la nicotine dans les voies respiratoires (les concentrations des préparations varient de 0 à moins de 20 mg/ml).

Il s'agit de dispositifs à batterie qui dispensent un mélange de propylène-glycol, de nicotine, d'eau, d'arômes et de glycérol (glycérine végétale) propulsé sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur.

À ce jour, aucun effet indésirable ou cas d'intoxication en lien avec la présence des solvants dans les cigarettes électroniques n'a été rapporté. De nombreuses études chez l'animal suggèrent que le propylène-glycol n'est pas toxique par inhalation (mais pourrait induire des réactions allergiques chez certaines personnes). Les cigarettes électroniques et leurs solutions de recharge sont considérées comme des produits de consommation.

5.3.5. Prise en charge à long terme

Permet une tentative de maintien de l'arrêt de l'usage et une adaptation du traitement médicamenteux, une surveillance de l'état psychique, de la consommation d'autres substances psychoactives. Il est conseillé de proposer un suivi d'au moins six mois.

item 76
ADDICTION À L'ALCOOL



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Prévalence, épidémiologie	Connaître les principaux chiffres liés à la consommation d'alcool en France (sources BEH 2019)
A	Définition	Connaître les définitions addictologie, non usage, usage à faible risque, mésusage, usage à risque, usage nocif (CIM-11), dépendance (CIM-11)
A	Définition	Comparaison dépendance (CIM-11) et trouble de l'usage de l'alcool (DSM-5)
A	Diagnostic positif	Connaître les repères de consommation d'alcool définissant l'usage à faible risque
A	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer usage nocif et dépendance selon les critères de la CIM 11
A	Diagnostic positif	Savoir dépister un mésusage d'alcool : verres standards, consommation déclarée, AUDIT-C
A	Diagnostic positif	Savoir rechercher et reconnaître les signes d'un syndrome de sevrage de l'alcool et les accidents de sevrage (convulsion et delirium tremens)
A	Identifier une urgence	Savoir diagnostiquer une intoxication alcoolique aiguë avec ou sans coma éthylique (diagnostic différentiel) et rechercher les troubles métaboliques associés
A	Diagnostic positif	Connaître l'association fréquente du mésusage d'alcool avec d'autres pathologies addictives et psychiatriques, qu'elles soient primaires ou secondaires
A	Diagnostic positif	Connaître les principales complications sociales du mésusage d'alcool et le lien avec la précarité
A	Examens complémentaires	Connaître les marqueurs biologiques usuels de consommation d'alcool : alcoolémie, GGT, volume globulaire moyen, transferrine désialysée

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Diagnostic positif	Connaître les complications médicales générales principales de la consommation d'alcool
A	Définition	Connaître les principes de base de la prévention primaire du mésusage d'alcool
B	Prise en charge	Connaître le RPIB (repérage précoce et intervention brève) et son contenu
A	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge
A	Prise en charge	Connaître les principes de l'entretien motivationnel
B	Prise en charge	Savoir prendre en charge un sevrage encadré d'alcool
B	Prise en charge	Savoir prendre en charge un accident de sevrage (crise convulsive ou delirium tremens)
B	Prise en charge	Connaître l'existence des groupes d'entraide et des structures de soins en addictologie
B	Prise en charge	Connaître l'existence de médicaments spécifiques dans la dépendance à l'alcool



POINTS CLÉS

- * L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France.
- * Le repérage systématique du mésusage d'alcool en population générale est fondamental.
- * L'intoxication alcoolique aiguë est une urgence médicale lorsqu'il existe des troubles du comportement ou de conscience, prise en charge en service d'urgence médicale.
- * La prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool doit être globale, médico-psycho-sociale et pluridisciplinaire.
- * Les objectifs généraux peuvent être : un arrêt complet des consommations ou abstinence, le retour à un usage à faible risque, voire une réduction des consommations dans un objectif de réduction des risques.

1. DÉFINITIONS

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. Afin de pouvoir la quantifier, on utilise le concept de verre standard d'alcool, c'est-à-dire en France une quantité correspondant à 10 g d'alcool pur. Soit par exemple environ 10 cL de vin, 25 cL de bière à 4°, ou 3 cL d'un alcool fort type whisky à 40°. Cela correspond à la quantité réglementaire qui est servie dans un débit de boisson. On parle d'alcoolisation ponctuelle importante (API) pour une consommation de 6 verres standards ou plus en une occasion.

Autres exemples : 1 bouteille de 75 cL de vin à 12° contient 7 verres standards ; 1 cannette de 50 cL de bière forte à 10° contient 4 verres standards.

1.1. Non-usage (ou abstinence)

Cf. **introduction de la partie addictologie.**

De plus, dans certaines situations particulières, il est recommandé de ne pas consommer d'alcool :

- * femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent ;
- * jeunes et adolescents ;
- * conduite automobile, manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.) ;
- * pratique de sports à risque ;
- * consommation de certains médicaments ou existence de certaines pathologies.

1.2. Usage à faible risque

Toute consommation d'alcool entraîne un risque, soit pour la santé (augmentation du risque de cancer du sein chez la femme dès 1 verre standard par jour ; toxicité hépatique dès 1 verre standard par jour), soit au niveau socio-affectif (troubles du comportement liés aux intoxications aiguës comme chroniques avec des conséquences négatives au niveau socio-professionnel).

Des repères de consommation ont été établis et la consommation dite « à faible » risque correspond à :

- * ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine ;
- * ne pas consommer plus de 2 verres standards par jour ;
- * avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Il est également recommandé pour les consommations d'alcool occasionnelles de :

- * réduire la quantité totale d'alcool bue à chaque occasion ;
- * boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- * éviter les lieux et les activités à risque ;
- * s'assurer d'avoir des personnes que l'on connaît près de soi et que l'on peut rentrer chez soi en toute sécurité.

1.3. Mésusage

Cf. **introduction de la partie addictologie.**

1.3.1. Usage à risque

Cf. **introduction de la partie addictologie.**

1.3.2. Usage nocif

Cf. **introduction de la partie addictologie.**

1.3.3. Dépendance

Cf. **introduction de la partie addictologie.**

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

La France fait partie des pays où la consommation d'alcool est la plus importante :

- * près de 90 % des adultes consomment de l'alcool au moins une fois par an ;
- * 10 % quotidiennement (sex-ratio de 3/1 en faveur des hommes) ;
- * un peu plus d'1 sur 5 a expérimenté une ivresse dans l'année ;
- * plus d'un français sur 5 dépasse les repères de consommation à faible risque.

Les consommations régulières concernent plutôt les personnes de 65 ans et plus, tandis que les API et les ivresses ponctuelles sont surtout retrouvées chez les jeunes adultes.

À peine 10 % des patients souffrant de troubles liés à l'usage d'alcool accèdent à des soins spécialisés.

Avec 41 000 décès attribuables chaque année à l'alcool en France, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable (après le tabagisme), par cancer, maladies hépatiques, maladies cardiovasculaires, accidents, suicides, etc. La part de la mortalité évitable attribuable à l'alcool est particulièrement élevée chez les 20-39 ans (25 %).

3. DIAGNOSTIC

3.1. Repérage

Le repérage systématique du mésusage d'alcool en population générale est fondamental. Il doit impliquer l'ensemble de la communauté médicale et soignante, en particulier les médecins généralistes. Il devrait être systématique pour tout nouveau patient, ou lors d'un passage aux urgences, et doit être répété à intervalles réguliers. Il peut parfois également être initié du fait d'un contexte médical particulier : HTA, plaintes psychiques ou du sommeil, asthénie, ou altération de l'état général.

Il repose principalement sur l'interrogatoire qui comportera en premier lieu une évaluation de la consommation déclarée d'alcool (CDA) recherchant la fréquence et la quantité hebdomadaire de verres standards consommés, ainsi que le nombre d'alcoolisation ponctuelle importante (API). Une consommation déclarée supérieure aux repères de l'usage à faible risque signera un mésusage d'alcool. Le risque de mésusage pourra être estimé par le questionnaire AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption).

La mise en évidence d'un mésusage d'alcool doit être associée à un bilan addictologique complet intégrant une évaluation médicale, notamment psychiatrique, et sociale.

+ QUESTIONNAIRE AUDIT-C

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
4 fois ou plus par semaine	4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Chaque jour ou presque	4

Interprétation

Les questions portent sur la consommation des 12 derniers mois.

Un score supérieur ou égal à 4 chez l'homme et à 3 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool.

3.2. Examens complémentaires

Les examens biologiques ne servent pas à établir le diagnostic de dépendance, mais sont utiles pour objectiver un mésusage et en dépister des complications, comme la pancréatite, en cas de déni ou de minimisation des consommations par le patient, mais aussi dans le cadre du suivi de la pathologie addictive (repérage des complications ou d'une rechute) ou à visée motivationnelle et éducative.

En pratique, on retrouve principalement les examens suivants :

- * l'alcoolémie, qui est utile aux urgences dans des contextes de chute, malaise, troubles du comportement (idées suicidaires, troubles psychiatriques) ou troubles de la conscience ;
- * la GGT (Gamma Glutamyl Transpeptidase), qui est un marqueur de consommation et de souffrance hépatique liée à l'alcool. Elle a une sensibilité et une spécificité médiocre, et doit être interprétée avec l'ensemble du bilan hépatique. Elle est parfois difficile à interpréter en cas de maladie métabolique du foie. Elle baisse plus rapidement que les autres marqueurs, dès la première semaine après l'arrêt de la consommation, et se normalise en 4 à 10 semaines ;
- * le VGM (volume globulaire moyen), qui est le marqueur le moins sensible. Il est toutefois assez spécifique et se normalise lentement (trois mois après l'arrêt de consommation d'alcool) ;
- * la CDT (transferrine désialylée), qui est très spécifique et se normalise en quelques semaines après arrêt de la consommation, et sa sensibilité, qui reste imparfaite, est meilleure que celle de la GGT.

3.3. Bilan d'une conduite addictive

3.3.1. Évaluation addictologique

Outre l'évaluation spécifique de la consommation d'alcool, il faudra dépister systématiquement les comorbidités addictives. Il s'agira de quantifier l'usage et rechercher les critères diagnostiques de dépendance pour les autres substances psychoactives, ainsi que pour les addictions comportementales (cf. **Item 79**).

3.3.2. Évaluation médicale

La consommation d'alcool peut entraîner de nombreuses complications médicales. Le risque est synergique avec le tabac, notamment sur les voies aérodigestives supérieures et les cancers.

Cancers	<ul style="list-style-type: none"> * Facteur de risque fort : <ul style="list-style-type: none"> - Cancer des voies aérodigestives supérieures et épidermoïde de l'œsophage - Carcinome hépatocellulaire * Facteur de risque modéré : <ul style="list-style-type: none"> - Cancer colo-rectal - Cancer du sein
Système digestif	<ul style="list-style-type: none"> * Pathologies hépatiques liées à l'alcool (hépatite alcoolique aiguë, hépatomégalie stéatosique, cirrhose) * Pancréatite aiguë, pancréatite chronique calcifiante * Reflux gastro-œsophagien, œsophagite, pathologie ulcéreuse gastroduodénale * Diarrhée motrice et /ou par atteinte entérocytaire
Système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> * Troubles cognitifs liés à l'alcool, dont troubles cognitifs sévères : syndrome de Korsakoff (favorisé par une carence en vitamine B₁), démence alcoolique * Encéphalopathies carencielles et métaboliques : <ul style="list-style-type: none"> - Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (favorisée par une carence en vitamine B₁) - Syndrome de démyélinisation osmotique (favorisé par la correction trop rapide d'une hyponatrémie, une dénutrition et un mésusage d'alcool) * Encéphalopathie hépatique * Atrophie cérébelleuse * Crises convulsives de sevrage, épilepsie * Polyneuropathies sensitivomotrices * Neuropathie optique (névrite optique rétro bulbaire) * Traumatismes : hématomes cérébraux ; * Hémorragies cérébrales ou méningées (hypertension artérielle)
Cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> * Hypertension artérielle * Troubles du rythme * Cardiomyopathies, insuffisance cardiaque gauche
Rhumatologiques	<ul style="list-style-type: none"> * Nécrose de la tête fémorale * Ostéoporose, ostéomalacie
Traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> * Fractures, traumatismes crâniens
Hématologiques	<ul style="list-style-type: none"> * Macrocytose, anémie, thrombopénie, leucopénie (par toxicité directe, liées à l'hépatopathie alcoolique ou aux carences nutritionnelles)

Métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> * Hypoglycémies, acidocétose alcoolique, intolérance au glucose * Dénutrition, et risque de syndrome de renutrition inapproprié * Hypertriglycéridémie * Hyperuricémie et goutte * Troubles ioniques : <ul style="list-style-type: none"> - Hypokaliémie (et risque de trouble du rythme cardiaque) - Hyponatrémie (et risque de syndrome de démyélinisation osmotique en cas de correction trop rapide)
Dermatologiques	<ul style="list-style-type: none"> * Aggravation d'un psoriasis * Rhynophyma
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> * Symptômes voire épisode dépressif caractérisé, troubles anxieux secondaires * Trouble psychotique induit par une substance psychoactive * Aggravation de troubles psychiatriques préexistants (troubles de personnalité, troubles dépressifs et anxieux, troubles psychotiques chroniques) * Conduites suicidaires * Troubles du comportement, conduites à risque
Obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> * Syndrome d'alcoolisation fœtal et autres troubles causés par l'alcoolisation fœtale (dont retard mental isolé)
Génitales	<ul style="list-style-type: none"> * Dysfonctions sexuelles
Infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> * Complications infectieuses liées aux conduites à risque associées (conduites sexuelles à risque, partage de matériel en cas de consommation d'autres substances associée) : hépatites virales B et C, VIH, autres IST

L'évaluation médicale d'un patient avec mésusage d'alcool s'attache plus particulièrement (outre la recherche de signes fonctionnels et les signes généraux) à rechercher :

- * des signes de maladie chronique du foie et/ou d'insuffisance hépatocellulaire ;
- * des signes de neuropathie périphérique et de troubles cognitifs ;
- * des signes fonctionnels ORL ;
- * une dénutrition ;
- * des facteurs de risque d'hépatites virales et de maladies sexuellement transmissibles ;
- * des comorbidités psychiatriques.

Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Par ailleurs, on observe des troubles liés à l'usage d'alcool chez les patients souffrant de schizophrénie (20 à 30 %) ou de troubles bipolaires (jusqu'à 40 %). Le risque de suicide est aussi très fortement augmenté, en particulier lors des alcoolisations aiguës.

Ces troubles peuvent être primaires ou secondaires au mésusage apparaissant du fait de la consommation aiguë ou chronique. L'anamnèse ainsi que l'arrêt de la consommation pourront permettre de préciser la chronologie de ces troubles.

3.3.3. Évaluation sociale

Les complications socio-professionnelles sont quasi systématiques, et touchent de nombreux domaines. Elles peuvent toucher toutes les catégories socio-professionnelles. Les troubles liés à l'usage d'alcool sont des facteurs de risque de précarité (cf. **Item 59**). La précarité peut aussi favoriser la rechute.

- * Retentissement familial : violences intrafamiliales psychologiques ou physiques, séparations, mise en danger de l'enfance, retentissement sur la santé mentale des proches.
- * Retentissement professionnel : avertissement, licenciement, absentéisme, chômage.

- * Retentissement financier : dettes, négligence ou abandon des obligations administratives ou sociales, problème de logement.
- * Retentissement judiciaire : conduite en état d'ivresse, ivresses publiques manifestes, violence ou délit sous l'effet de l'alcool.

3.4. Diagnostic des complications aiguës

3.4.1. Intoxication alcoolique aiguë

Il existe une grande variabilité individuelle des effets de l'alcool, de sorte qu'à niveau d'alcoolémie égale, la présentation clinique est très variable.

On distingue différents degrés de sévérité :

- * à faible dose, l'effet est désinhibiteur et euphorisant, on note :
 - une haleine caractéristique (œnolique) ;
 - l'injection des conjonctives ;
 - la jovialité ou la tristesse, la logorrhée, la désinhibition, parfois l'agressivité ;
 - le temps de réaction est allongé, il peut y avoir une dysarthrie et un syndrome cérébelleux avec incoordination motrice et troubles de l'équilibre.
- * à plus forte dose, l'effet dépressur sur le système nerveux central est responsable de perturbations de la perception, du jugement, de l'affect, des facultés cognitives et du comportement.

Cela peut conduire au coma éthylique : coma calme, avec hypotension artérielle, hypotonie, hypothermie, mydriase bilatérale, symétrique, peu réactive et sans signes de localisation.

Le diagnostic est le plus souvent basé sur des éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique, en particulier l'odeur caractéristique de l'haleine. Il faut savoir y penser devant une chute chez la personne âgée, un accident ou une agression. Le diagnostic est étayé par l'alcoolémie (sur prise de sang ou par éthylomètre) et sur la régression des signes en quelques heures.

Diagnostiques différentiels : Il est fondamental d'éliminer les principaux diagnostics différentiels (hypoglycémie, hyponatrémie, acidocétose alcoolique, prises d'autres substances psychoactives, traumatisme crânien, hémorragie cérébrale, ischémie cérébrale) en cas de trouble de conscience, de coma ou de crise convulsive. Cela repose sur la prise des constantes, l'examen neurologique, un bilan biologique et une imagerie cérébrale au moindre doute.

3.4.2. Syndrome de sevrage

3.4.2.1. Définition

Il s'agit de signes qui apparaissent systématiquement chez certains patients lorsque l'alcoolémie décroît ou est nulle. Le syndrome de sevrage ne survient que chez certains patients dépendants : au moins un tiers d'entre eux n'ont aucun symptôme de sevrage lors d'un arrêt de consommation.

3.4.2.2. Syndrome de sevrage non compliqué

Les premiers symptômes surviennent dans les heures qui suivent l'arrêt de la consommation, fréquemment le matin au réveil chez les sujets avec forte dépendance. Les signes sont au maximum dans les 72 premières heures, mais peuvent se voir jusqu'à 7-10 jours après un arrêt de l'alcool.

- * Les signes et symptômes les plus évocateurs et fréquents sont : des tremblements, des sueurs profuses, de l'anxiété et des vomissements.

- * Les autres signes sont :
 - psycho-comportementaux : insomnie, cauchemars, irritabilité, agitation ;
 - neurovégétatifs : tachycardie, hypertension artérielle ;
 - digestifs : nausées, anorexie, diarrhée.

Ces signes et symptômes disparaissent ou diminuent avec la prise de quelques verres d'alcool, ou la prise de benzodiazépines.

3.4.2.3. Accidents de sevrage

En l'absence de prévention ou de traitement adapté, le syndrome de sevrage peut se compliquer de crises convulsives ou d'un delirium tremens, avec un risque de mortalité non négligeable.

Les **crises convulsives de sevrage** surviennent dans la majorité des cas 48 h après l'arrêt ou une forte diminution de l'alcool, mais peuvent survenir de manière plus retardée. Il s'agit le plus souvent de crises généralisées tonico-cloniques. Non traitées, elles risquent de récidiver rapidement, voire d'évoluer vers un état de mal épileptique ou un delirium tremens.

Le **delirium tremens** est un état de confusion agitée et délirante. Sur le plan clinique, on note :

- * un syndrome confusionnel ;
- * une agitation ;
- * des tremblements majeurs ;
- * des propos incohérents avec un délire onirique avec vécu délirant intense ;
- * des hallucinations pluri-sensorielles, surtout visuelles avec de manière caractéristique des zoopsies, ou un vécu de scène d'agression qui peuvent être la cause de réactions de peur chez le patient (risque de fugue ou d'agressivité) ;
- * les signes physiques associent fièvre modérée, sueurs profuses, modification de la tension, tachycardie ;
- * il existe un risque de déshydratation, de crises d'épilepsie et de pneumopathie d'inhalation.

4. PRISE EN CHARGE

4.1. Prévention primaire du mésusage d'alcool

La prévention primaire en addictologie a pour objectif principal d'éviter la première consommation de substances psychoactives ou de la retarder, en agissant notamment sur les consommations précoces. Elle prend en compte la personne plutôt que la substance, et doit s'affranchir de toute attitude de jugement ou de stigmatisation.

Les principaux outils de la prévention primaire sont l'information et l'éducation des futurs usagers, afin de réduire les facteurs de risque et de promouvoir les comportements de santé.

4.2. Repérage précoce et intervention brève (RPIB)

Il s'agit d'une action de prévention secondaire qui vise à repérer puis amener un consommateur d'alcool qui est dans le mésusage à réduire sa consommation, idéalement en dessous des repères de l'usage à faible risque.

Le RPIB comprend le dépistage systématique d'un mésusage d'alcool et une intervention brève en cas de mésusage sans dépendance.

L'intervention brève est dispensée individuellement, en un temps court, de 5 à 20 minutes, et peut être répétée. Après l'évaluation de la consommation (repérage précoce) et de son éventuel retentissement, plusieurs éléments sont transmis à la personne dans le cadre de l'intervention brève :

- * restitution des résultats de l'évaluation ;
- * définition d'un verre standard et des repères de consommation à moindre risque ;
- * information sur les risques liés à la consommation, personnels ou situationnels, pertinents pour le patient, et sur les éventuelles complications déjà présentes ;
- * échange sur les avantages à diminuer la consommation pour le patient ;
- * choix d'un objectif de consommation, si le patient est d'accord pour tenter de modifier son usage actuel, en lui laissant le libre choix ;
- * présentation des méthodes de réduction qui peut être proposée si le patient le demande ;
- * remise de documentation écrite, orientation vers les structures spécialisées ;
- * donner la possibilité d'une réévaluation lors d'un autre entretien.

L'intervention est réalisée de façon empathique, sans jugement, en insistant sur le libre choix du patient à chaque étape.

4.3. Prise en charge de l'intoxication alcoolique aiguë

L'intoxication alcoolique aiguë est une urgence médicale lorsqu'il existe des troubles du comportement ou de conscience. Il faut éliminer une autre cause de trouble de conscience ou d'agitation, assurer une prise en charge symptomatique et protéger le patient (en cas d'agitation, risque de fugue, d'idées suicidaires, etc.) : repos au calme avec surveillance horaire des constantes et de la conscience jusqu'au retour des capacités relationnelles (au mieux en Unité d'hospitalisation de très courte durée), et sédation médicamenteuse si nécessaire.

Il faut dépister l'installation d'un éventuel syndrome de sevrage et le traiter.

Au décours, il faut faire une intervention brève ou faire intervenir l'équipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA) pour orienter vers des soins spécialisés lorsqu'il existe une dépendance.

4.4. Prise en charge de la dépendance

4.4.1. Principes de prises en charge

La prise en charge doit être globale, médico-psycho-sociale et pluridisciplinaire.

Les objectifs généraux peuvent être :

- * un arrêt complet des consommations ;
- * le retour à un usage à faible risque ;
- * voire une réduction des consommations dans un objectif de réduction des risques.

En cas de dépendance sévère, l'arrêt de l'usage est l'objectif le plus réaliste, mais c'est le patient qui définit son objectif, celui-ci pouvant changer au cours du temps.

Les stratégies possibles sont :

- * un arrêt complet et encadré de l'usage (sevrage) avec maintien ensuite d'un arrêt de l'usage ou d'un usage à faible risque ;
- * une diminution progressive de la consommation jusqu'à un usage à faible risque ou un arrêt complet.

Le travail sur la motivation est central dans la prise en charge. L'**entretien motivationnel** est un style d'entretien collaboratif visant à renforcer la motivation au changement et l'adhésion à la prise en charge en explorant l'ambivalence (cf. **Item 01**). C'est un outil indispensable en addictologie.

4.4.2. Prise en charge du sevrage non compliqué

Le sevrage encadré est proposé aux patients alcoolo-dépendants qui souhaitent arrêter (au moins temporairement) leur consommation d'alcool. Il est dans l'idéal planifié, et intégré dans une prise en charge globale de l'addiction. Il peut être réalisé en ambulatoire ou lors d'une courte hospitalisation.

Il est parfois **contraint**, lorsque le patient est hospitalisé en urgence pour une autre pathologie en rapport ou non avec l'alcool. Ceci justifie un repérage systématique du mésusage d'alcool et de l'existence de signes de sevrage aux urgences.

Le sevrage ambulatoire doit être préféré s'il n'y a pas de contre-indication. Il est encadré par le médecin généraliste ou une équipe ambulatoire spécialisée (d'un CSAPA ou d'une consultation addictologique hospitalière).

Les indications au sevrage hospitalier sont :

- * les antécédents d'accident de sevrage ;
- * une dépendance sévère (notamment en cas de symptômes de sevrage intenses) ;
- * une dépendance aux benzodiazépines ou autre comorbidité addictive sévère non stabilisée ;
- * des échecs répétés de tentatives de sevrage ambulatoires ;
- * un environnement social défavorable (précarité) ;
- * un terrain vulnérable (pathologie médicale ou psychiatrique sévère, femme enceinte, personne âgée) ;
- * en cas de demande du patient.

Le sevrage comprend :

- * l'arrêt complet de la consommation d'alcool ;
- * de façon non systématique, la prescription d'une benzodiazépine à durée de vie longue (diazépam) et à doses progressivement décroissantes sur une durée maximale de 7 à 10 jours (en cas de contre-indications aux benzodiazépines – insuffisance hépato cellulaire ou respiratoire – le sevrage se fait en hospitalisation, en utilisant des benzodiazépines en cas de signes de sevrage uniquement, avec réévaluation à chaque prise) ;
- * une hydratation orale adaptée (deux à trois litres par 24 h) ;
- * une supplémentation orale systématique en vitamine B1 ;
- * une correction des éventuels troubles hydro-électrolytiques ;
- * une surveillance des signes du sevrage.

4.4.3. Prise en charge des accidents de sevrage

Tout trouble de conscience et tout symptôme évocateur d'encéphalopathie de Gayet Wernicke chez un patient ayant une consommation à risque d'alcool doit faire réaliser en urgence une **supplémentation en vitamine B1 intraveineuse** avant toute perfusion de glucosé.

Delirium tremens :

- * hospitalisation en soins intensifs ou continus, surtout si pathologies somatiques associées ;
- * chambre calme, éclairée, passage régulier des soignants pour réassurance et surveillance ;
- * contention parfois nécessaire en cas de troubles sévères du comportement ;
- * traitement par vitamine B1 parentérale à forte dose avant toute perfusion de sérum glucosé et polyvitamines ;
- * réhydratation intraveineuse et correction des troubles hydroélectrolytiques ;
- * benzodiazépines à durée de vie longue (diazepam) à hautes doses par voie intraveineuse jusqu'à sédation ;
- * surveillance des constantes, hydratation, ionogramme sanguin, créatininémie, phosphorémie.

Crise convulsive :

- * traitement identique à celui du sevrage ;
- * diazepam systématique, à forte dose, avec dégression sur 7 à 10 jours ;
- * pas d'instauration systématique de traitement anti-comitial au long cours.

4.4.4. Accompagnement au long cours des patients alcoolodépendants

La prise en charge addictologique doit aborder l'ensemble des dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Il faut prendre en charge les comorbidités psychiatriques, les autres addictions, les répercussions médicales et les répercussions sociales, au mieux par des équipes pluridisciplinaires impliquant des soignants de spécialités médicales différentes, des psychologues, des assistantes sociales, des éducateurs... en collaboration avec le médecin traitant. Le patient doit être informé de l'existence des associations d'entraide et d'auto-support (Alcooliques anonymes, Vie libre, Alcool assistance, etc.) et du bénéfice d'associer ce support à la prise en charge.

4.4.5. Traitements médicamenteux de la dépendance à l'alcool

En complément de l'accompagnement psychosocial, des traitements médicamenteux addictolytiques peuvent être prescrits pour aider au maintien de l'arrêt d'alcool ou d'une consommation contrôlée.

item 77

ADDICTION AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS)



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés).
- * Connaître les modalités de prévention de la pharmacodépendance.
- * Indications et principes du sevrage thérapeutique.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Addiction aux benzodiazépines et apparentés
A	Diagnostic positif	Intoxication aiguë aux benzodiazépines
A	Diagnostic positif	Mésusage : usage à risque, nocif et dépendance
A	Diagnostic positif	Syndrome de sevrage et complications du sevrage
B	Diagnostic positif	Comorbidités psychiatriques et addictives
B	Prévalence, épidémiologie	Épidémiologie de la dépendance aux benzo et apparentés
A	Prise en charge	Connaître les modalités de prévention de la pharmacodépendance
B	Prise en charge	Principes de réduction des dommages et des risques
B	Prise en charge	Savoir prendre en charge le sevrage



POINTS CLÉS

- * Les addictions aux psychotropes représentent un problème majeur de santé publique. Elles sont souvent le résultat de prescriptions inappropriées.
- * Parmi les psychotropes, les benzodiazépines et apparentés présentent un potentiel addictif très marqué.
- * 20 % de la population française a reçu au moins une fois une prescription de benzodiazépines ou apparentés. 60 % de ces sujets sont des femmes.
- * L'usage nocif pour la santé se traduit par la survenue de complications médicales ou de répercussions sociales prolongées.
- * La dépendance est définie par une impossibilité d'arrêter l'usage de benzodiazépines, soit en raison de signes de sevrage, soit en raison d'envies compulsives (craving) trop importantes.
- * En cas de dépendance, il existe un risque de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de l'usage des benzodiazépines.
- * Le principe de prise en charge repose sur le sevrage, qui doit être très progressif et qui se fait le plus souvent en ambulatoire.
- * La prévention repose sur une bonne éducation du patient et sur le respect des Références médicales opposables.

1. INTRODUCTION

Les benzodiazépines et apparentés sont des agonistes des récepteurs GABA-A. Cette action est à l'origine de leurs effets aigus, et en miroir des symptômes de sevrage en cas de tolérance induite par une prescription ou une prise prolongée.

En thérapeutique, les benzodiazépines sont prescrites à visée anxiolytique, sédative et hypnotique, mais également pour leurs propriétés myorelaxante et anticonvulsivante.

En théorie, ces molécules doivent être prescrites sur une durée relativement limitée, sous peine d'induire une tolérance responsable d'une escalade des doses. Dans ce cas, la survenue de répercussions sociales ou médicales répétées fait poser le diagnostic d'usage nocif pour la santé dont l'évolution vers la dépendance se traduit par une impossibilité d'arrêter ou de réduire l'usage.

Les benzodiazépines et apparentés sont parmi les traitements psychotropes les plus prescrits en France et en Europe. En 2009, la France était le deuxième pays européen consommateur d'anxiolytiques et d'hypnotiques (INSERM).

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

22 benzodiazépines ou apparentés sont actuellement commercialisées en France. La durée médiane de traitement retrouvée pour ces spécialités est de 7 mois.

Ces durées sont nettement plus longues que celles préconisées dans les Références médicales opposables. Pourtant, une prescription prolongée de benzodiazépines entraîne une perte d'effet du traitement avec un phénomène de tolérance, la nécessité d'augmenter les doses plus ou moins rapidement, le tout aboutissant à des risques addictologiques largement augmentés.

3. INTOXICATION AIGUË ET USAGE À RISQUE

3.1. Intoxication aiguë aux benzodiazépines

L'intoxication aiguë aux benzodiazépines se caractérise par une sédation, des troubles de la vigilance, une ataxie, une dysarthrie, voire par un coma avec dépression respiratoire. En cas de troubles importants de la vigilance, il s'agit d'une urgence vitale.

L'intoxication aiguë aux benzodiazépines s'observe lorsque les doses de benzodiazépines prises par le sujet dépassent les doses habituellement prescrites. L'intoxication aiguë aux benzodiazépines peut être volontaire, soit pour rechercher des effets thérapeutiques (anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxants...) dans des situations de perte progressive d'effets liée à une prescription chronique, soit en cas d'intoxication médicamenteuse volontaire à visée suicidaire.

3.2. Usage à risque de benzodiazépines

Les effets secondaires les plus fréquents avec les benzodiazépines sont la somnolence, la diminution de la vigilance, les troubles mnésiques, la dysarthrie et l'ataxie (augmentant le risque de chute).

En l'absence de trouble addictologique constitué (cf. ci-dessous), il existe un usage à risque de benzodiazépines dans les conditions suivantes :

- * toute prescription ou prise de benzodiazépines ou apparentés dont la **durée** dépasse celles recommandées dans les Références médicales opposables ;
- * toute prescription ou prise de benzodiazépines ou apparentés en dehors des **indications** précisées dans les Références médicales opposables ;
- * toute prescription ou prise de benzodiazépines ou apparentées à des **doses** supérieures à celles indiquées dans les Références médicales opposables ;
- * toute prise de benzodiazépines ou apparentés s'effectuant en dehors d'une prescription et d'un **suivi médical**.

Tout usage de benzodiazépines ou d'apparentés en dehors des références médicales opposables doit être considéré comme un usage à risque car il expose le sujet à des conséquences médicales psychiatriques et/ou non psychiatriques, à un risque de dépendance, et à un risque de mortalité plus élevé.

4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS

4.1. Usage de benzodiazépines nocif pour la santé (Critères CIM-10)

L'usage nocif pour la santé correspond aux critères CIM-10 lors de troubles répétés de la vigilance, d'hospitalisations répétées pour intoxications, d'accidents répétés, ou bien de conséquences comportementales, sociales, professionnelles répétées.

Pour plus de précisions, cf. **Introduction de la partie addictologie**.

4.2. Dépendance aux benzodiazépines (Critères CIM-10)

Cf. Introduction de la partie addictologie.

5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS

5.1. Syndrome de sevrage aux benzodiazépines (Critères CIM-10)

Toute prescription prolongée de benzodiazépines, à fortiori à fortes doses, expose, en cas d'arrêt brutal accidentel (oubli, hospitalisation, etc.), ou volontaire, à un risque de syndrome de sevrage.

Les facteurs suivants sont associés à la sévérité du syndrome de sevrage :

- * la rapidité de diminution de la posologie ;
- * la consommation d'une posologie élevée de benzodiazépines ;
- * la demi-vie courte d'élimination du médicament ;
- * l'existence d'une anxiété importante à l'arrêt ;
- * l'existence d'un épisode dépressif caractérisé associé ;
- * la surconsommation régulière d'alcool ou d'une autre substance psycho active.

	Définition	Symptômes	Délai d'apparition et d'évolution
Syndrome de sevrage	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la consommation.	- Signes généraux fréquents : Tremblements , anxiété, insomnie, céphalées. - Signes plus spécifiques : confusion, hallucination . - Plus rarement : troubles de vigilance, convulsions , incoordination motrice, coma.	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive.

5.2. Complications non psychiatriques

- * Principaux risques liés à l'intoxication aiguë :
 - décès par surdosage ;
 - accident, agression, viol (par soumission chimique) ;
 - chute (personnes âgées) ;
- * Principaux risques liés à l'usage prolongé :
 - il existe une suspicion de troubles cognitifs induits par la prise de benzodiazépines de façon prolongée.

5.3. Complications psychiatriques

Une prescription ou une prise prolongée ou inadaptée de benzodiazépines expose à une majoration de symptômes psychiatriques (anxiété, dépression, idées suicidaires) par effet de tolérance et perte des effets thérapeutiques.

6. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

6.1. Stratégies de prévention

6.1.1. Règles à suivre pour la prescription

- * L'idéal est de prévoir l'arrêt d'une benzodiazépine dès son introduction et de s'interroger, à chaque renouvellement d'ordonnance, sur la pertinence de l'indication et du maintien de la posologie actuelle, et de dépister une tolérance thérapeutique ou une dépendance.
- * Formation médicale initiale et continue des médecins sur les psychotropes, en particulier sur les modifications des conditions de prescription et de délivrance des différentes spécialités.
- * Encadrement de la prescription et de la délivrance plus rapproché.
- * Pour limiter la survenue d'un trouble lié à l'usage de benzodiazépines, il est important que les pratiques de prescription suivent les **Références médicales opposables** :
 - **toujours rechercher la posologie minimale efficace** ;
 - **pas d'association entre deux anxiolytiques dans le traitement de l'anxiété** ;
 - **pas de prescription de benzodiazépines à visée anxiolytique au-delà d'une durée de 12 semaines** ;
 - **pas d'association entre deux hypnotiques dans le traitement de l'insomnie** ;
 - **pas de prescription de benzodiazépines (ou apparentés) à visée hypnotique supérieure à 4 semaines**.

6.1.2. Règles à suivre pour l'information des patients

- * L'information et l'éducation thérapeutique du patient sont primordiales. Elles jouent un rôle important dans la prévention des reprises de mésusage de médicaments psychotropes ;
- * des alternatives telles que les prises en charge psychothérapeutiques doivent être prises en compte. Elles sont souvent plus efficaces que le maintien inadapté d'un traitement par benzodiazépines ou apparentés.

6.2. Stratégies d'arrêt encadré des benzodiazépines (« sevrage »)

Le sevrage est la procédure consistant à atteindre un arrêt de l'usage de benzodiazépines. Contrairement à d'autres substances, le sevrage aux benzodiazépines se fait lentement (cf. plus loin).

Le sevrage peut être ambulatoire (situation la plus fréquente) ou hospitalier.

La décision se prend après **évaluation de la difficulté d'arrêt des benzodiazépines**.

- * L'existence de symptômes de sevrage constitue un obstacle important et impose une prise en charge spécifique.
- * Les patients prenant des posologies élevées sont à risque de présenter des symptômes de sevrage plus sévères, d'échec à l'arrêt et de reprise du traitement.
- * La prise concomitante de plusieurs psychotropes rend l'arrêt des benzodiazépines plus difficile.

- * La consommation de benzodiazépines dans l'indication d'anxiolyse est une difficulté supplémentaire.
- * La consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives avant l'arrêt augmentent le risque de nouvelle consommation des benzodiazépines.
- * Une insomnie sévère, un trouble anxieux mal traité, une détresse psychologique sont des facteurs de risques de reprise de mésusage de médicaments psychotropes.

6.2.1. Le sevrage en ambulatoire

Chez un sujet avec dépendance aux benzodiazépines, l'arrêt des benzodiazépines se fait de manière extrêmement progressive. Il est conduit sur plusieurs semaines voire plusieurs mois pour les utilisations longues ou les posologies élevées.

Il n'existe pas de schéma consensuel de décroissance.

Le sevrage peut être conduit en médecine générale, ou bien en consultation spécialisée d'addictologie (par exemple en CSAPA).

Pour les patients avec complications ou comorbidités médicales importantes, un suivi renforcé doit être mis en place. Le recours à des prises en charges multidisciplinaires doit être considéré au cas par cas.

Au cours de ces consultations, il est nécessaire :

- * de repérer les symptômes de sevrage ou des symptômes nouveaux (réapparition de symptômes anxieux) ;
- * d'évaluer l'adhésion au protocole d'arrêt ;
- * de rechercher une augmentation des consommations associées (alcool, tabac ou autres substances psychoactives) ;
- * de titrer la réduction de posologie : demander au patient de ramener les comprimés non utilisés ;
- * de favoriser tout renforcement positif du patient en cas de diminution régulière de posologie.

Un suivi ambulatoire régulier doit être maintenu lors des premiers mois suivant l'arrêt.

6.2.2. Le sevrage en milieu hospitalier peut se voir dans deux situations

Un sevrage de benzodiazépines peut être amorcé ou intégralement réalisé à l'hôpital dans les cas suivants :

- * **hospitalisation programmée spécifiquement pour sevrage de benzodiazépines.** En cas de doses très élevées de benzodiazépines, insomnie rebelle, dépendance à l'alcool et autre substance psychoactive, troubles psychiatriques sévères, antécédents de syndrome de sevrage sévère et convulsions ;
- * **au cours d'une hospitalisation pour un autre motif.** Décision en accord avec le patient et en concertation avec le médecin traitant en informant le pharmacien habituel du patient.

6.3. Stratégies de réduction des dommages et des risques

Bien que l'objectif idéal soit l'arrêt complet de la consommation de benzodiazépines, l'obtention d'une diminution de la posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable. La réduction de la posologie est déjà un facteur pronostic favorable à l'arrêt de la consommation lors d'une tentative d'arrêt ultérieure.

Dans certains cas, certaines mesures d'encadrement peuvent être mises en place : délivrance fractionnée, désignation d'une pharmacie de délivrance, contrat médecin CPAM.

item 78

ADDICTION

**AU CANNABIS, À LA COCAÏNE,
AUX AMPHÉTAMINES, AUX OPIACÉS,
AUX DROGUES DE SYNTHÈSE** (voir item 322)

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

- * Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.
- * Connaître les principes de prise en charge (sevrage thérapeutique, prévention de la rechute, réduction des risques). Connaître les principes généraux de la prise en charge.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	définition de l'addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse
A	Définition	Principes actifs
A	Définition	Les modes de consommation et les effets
A	Définition	Voies d'administration
B	Définition	Prévalence de l'utilisation des principales drogues psychoactives
A	Définition	Intoxication aiguë
A	Définition	Comorbidités psychiatriques et addictives
A	Diagnostic positif	Syndrome d'intoxication chronique
A	Diagnostic positif	Syndrome de sevrage
A	Diagnostic positif	Usage à risque
A	Diagnostic positif	Usage nocif/dépendance
A	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales complications
B	Examens complémentaires	Indications des examens biologiques
A	Prise en charge	Principes généraux de la prise en charge

Rang	Rubrique	Intitulé
B	Prise en charge	Traitement de l'intoxication aiguë
B	Prise en charge	Traitement du syndrome de sevrage
B	Prise en charge	Traitement de la dépendance
B	Prise en charge	Prescription d'un traitement substitutif aux opiacés (TSO)

CANNABIS



POINTS CLÉS

- * Le principe actif est le Delta9-tétra-hydro-cannabinol (Delta9-THC).
- * Le mésusage de cannabis constitue un problème de santé publique.
- * On distingue :
 - les troubles liés à l'usage de cannabis : intoxication aiguë, chronique et syndrome de sevrage ;
 - les troubles induits par la substance (trouble psychotique, trouble anxieux, syndrome confusionnel).
- * Le traitement repose sur la prévention, la prise en charge addictologique, médicale, psychologique, et sociale.
- * Le traitement de l'intoxication aiguë/chronique est du sevrage est symptomatique.
- * Il n'existe pas de traitement de substitution au cannabis.

352

1. INTRODUCTION

Le cannabis est issu de la plante Cannabis Sativa. Il se présente principalement sous les formes suivantes, par ordre de concentration croissante en Delta9-THC :

- * herbe (marijuana, weed) ;
- * résine (haschich, shit) ;
- * huile, plus rare.

Le principe psychoactif essentiellement responsable des effets psychotropes du cannabis est le Delta9-tétra-hydro-cannabinol (Delta9-THC). Il agit sur les récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2. Le cannabis est surtout fumé sous forme de cigarettes mélangées à du tabac (joint, stick), mais peut aussi être utilisé sous forme pipe à eau (bang avec ou sans douilles) ou plus rarement ingéré (*space cake*). Le cannabis peut également être vaporisé (sans tabac ajouté) ou consommé par cigarette électronique sous forme de cannabinoïdes de synthèse.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

Il s'agit d'un problème de santé publique. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France parmi les 18-64 ans, on estime à 45 % de personnes ayant déjà expérimenté le cannabis (fumer au moins une fois), 7 % d'usagers réguliers (au moins 10 consommations dans le mois). À 17 ans, 39 % des jeunes

déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie. L'expérimentation concerne autant les filles que les garçons. La consommation régulière est surtout masculine, quelle que soit la tranche d'âge. L'usage problématique ou dépendance concerne 3 % des 18-64 ans et 7 % des 17 ans.

3. INTOXICATION AIGUË, CHRONIQUE, ET USAGE À RISQUES

3.1. Intoxication cannabique aiguë (ou « ivresse cannabique »)

Les effets du cannabis apparaissent environ 15 à 20 minutes après consommation s'il est fumé, après plusieurs heures s'il est ingéré. Les effets durent entre 3 et 6 heures.

Les effets psychotropes du cannabis dépendent de la dose consommée, de la voie d'administration, et de facteurs individuels (psychologiques, tolérance...). Il s'agit d'une euphorie modérée, d'un sentiment de bien-être pouvant être suivis d'une sédation. Il existe des troubles du jugement, un retrait social temporaire, une anxiété possible, des idées de références (« effet parano »). Une sensation subjective de ralentissement du temps, des modifications des perceptions sensorielles pouvant aller jusqu'aux hallucinations peuvent être présentes. On peut également retrouver une altération de la coordination motrice, des troubles de l'équilibre, des troubles cognitifs (mémoire, attention).

Sur le plan physiologique, il existe une hyperhémie conjonctivale, une augmentation de l'appétit, une sensation de bouche sèche, une tachycardie.

3.2. Intoxication cannabique chronique

L'usage chronique de cannabis peut entraîner une altération des performances cognitives avec notamment des troubles de la mémoire, des fonctions exécutives et des difficultés attentionnelles.

Lorsqu'il entraîne par ailleurs une indifférence affective, un désinvestissement des relations sociales, une baisse des performances au travail ou à l'école, l'ensemble de ce tableau est qualifié de « syndrome amotivationnel ».

3.3. Usage à risque de cannabis

Tout usage de cannabis peut être considéré comme un mésusage, et en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage de cannabis, comme un usage à risque.

Les complications liées à l'usage de cannabis peuvent survenir dès la première prise (cf. **Partie 5**). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AU CANNABIS

4.1. Usage de cannabis nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie**.

4.2. Dépendance au cannabis (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AU CANNABIS ET TROUBLES ASSOCIÉS

5.1. Syndrome de sevrage

10 à 40 % des usagers de cannabis rapportent des symptômes de sevrage du cannabis. Ce phénomène concerne plus souvent les consommations importantes et régulières. Le syndrome de sevrage peut associer :

- * irritabilité, agressivité ;
- * anxiété, nervosité ;
- * impatience, incapacité à rester en place ;
- * humeur triste ;
- * troubles du sommeil (insomnies, cauchemars) ;
- * diminution de l'appétit et/ou perte de poids ;
- * ainsi que certains de ces signes physiques : douleurs abdominales voire vomissements, tremblements, sudation excessive, fièvre, frissons, céphalées.

La plupart des symptômes apparaissent en 24 à 72 heures après l'arrêt des consommations, sont maximaux pendant la première semaine et durent une à 3 semaines. Les troubles du sommeil peuvent durer jusqu'à un mois.

5.2. Syndrome confusionnel par intoxication au cannabis

Le syndrome s'installe en quelques heures ou quelques jours et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. On retrouve :

- * une perturbation de la conscience (baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention ;
- * une modification du fonctionnement cognitif (déficit de la mémoire, désorientation, perturbation du langage) ou survenue d'une perturbation des perceptions.

5.3. Complications/comorbidités psychiatriques

5.3.1. Complications

5.3.1.1. Trouble psychotique induit par un usage de cannabis

Un trouble psychotique peut apparaître pendant ou peu après une intoxication aiguë au cannabis (jusqu'à un mois après l'intoxication). La symptomatologie clinique rejoint celle du trouble psychotique bref (cf. **Item 65**). Le traitement implique l'arrêt de l'intoxication et un traitement par antipsychotiques. Un trouble induit par un usage de cannabis est aussi grave que tout trouble psychotique bref, présente les mêmes risques évolutifs et doit donc être traité et surveillé de la même manière.

5.3.1.2. Troubles anxieux

L'intoxication au cannabis peut induire des attaques de panique. La répétition de celles-ci peut conduire à un véritable trouble panique (cf. **Item 66**).

5.3.1.3. Épisode dépressif caractérisé

Le risque de présenter un épisode dépressif caractérisé est augmenté chez l'adolescent et l'adulte ayant un usage régulier de cannabis.

5.3.2. Comorbidités

5.3.2.1. Schizophrénie

L'usage régulier de cannabis peut précipiter l'entrée dans la maladie chez les sujets vulnérables.

Ce risque est modulé par la précocité des consommations, la nature du cannabis consommé, et la présence d'antécédents familiaux d'antécédents d'épisodes délirants ou de schizophrénie.

L'usage régulier peut également altérer l'évolution de la pathologie parmi ceux qui l'ont déjà développée : aggravation des symptômes productifs, augmentation du nombre d'épisodes et du nombre d'hospitalisations.

5.3.2.2. Trouble bipolaire

L'usage de cannabis peut aggraver un trouble bipolaire existant (risque d'épisodes maniaques, cycles rapides).

5.4. Complications non psychiatriques

Ces complications ne doivent pas être sous estimées par rapport aux complications psychiatriques, notamment dans le message préventif délivré aux usagers.

Pulmonaires	<ul style="list-style-type: none"> * Bronchite chronique * Cancer broncho-pulmonaire * Activité bronchodilatatrice immédiate et transitoire
Cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> * Augmentation du débit cardiaque et cérébral, hypotension artérielle * Vasodilatation périphérique * Bradycardie * Cas d'artériopathie type maladie de Buerger * Syndrome coronarien aigu
Carcinogénicité	<ul style="list-style-type: none"> * Cancers des voies aérodigestives supérieures (association au tabac) * Cancers broncho-pulmonaires
Ophthalmologiques	<ul style="list-style-type: none"> * Photosensibilité * Mydriase inconstante

6. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

6.1. Prévention

Les principaux objectifs de la prévention sont d'éviter la première consommation de substances psychoactives ou la retarder et agir sur les consommations précoces (prévention primaire) ; d'éviter le passage à une dépendance (prévention secondaire) ; de prévenir les risques et réduire les dommages liés à la consommation (prévention tertiaire).

6.2. Prise en charge générale

La prise en charge d'un patient souffrant d'un mésusage de cannabis se décline à plusieurs niveaux :

- * **prise en charge globale** : un suivi pluridisciplinaire doit être proposé au patient avec évaluation psychiatrique, médicale et sociale. La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins, elle ne se fait pas en urgence. Les soins tiennent compte de l'objectif du patient (arrêt ou diminution des consommations) ;
- * **prise en charge psychothérapeutique** : plusieurs techniques sont utilisées dont l'entretien motivationnel, les thérapies cognitives et comportementales (technique de prévention de la rechute). La psychothérapie de soutien est d'usage. Les thérapies familiales multi-dimensionnelles (impliquant les intervenants éducatifs ou scolaires) ont démontré leur efficacité pour les jeunes consommateurs ;
- * **prise en charge addictologique** : le bilan de la dépendance est la première étape de la prise en charge (histoire, parcours de soins antérieurs, co-dépendances). L'objectif du soin sera l'arrêt du mésusage ou la réduction des consommations ;
- * **prise en charge des complications et des comorbidités psychiatriques** (trouble anxieux et trouble de l'humeur), non psychiatriques et des éventuelles co-addictions. Une aide à l'arrêt du tabac doit en particulier être discutée avec le patient.

6.3. Traitement de l'intoxication cannabique aiguë

Il est symptomatique : prescription d'anxiolytiques en cas d'angoisse majeure ou d'agitation (éviter les benzodiazépines, en utilisant en première intention des anxiolytiques histaminergiques de type hydroxyzine), d'antipsychotiques en cas de symptômes psychotiques.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est également symptomatique, associant anxiolytiques (éviter les benzodiazépines en utilisant en première intention des anxiolytiques histaminergiques de type hydroxyzine).

COCAÏNE



POINTS CLÉS

- * La cocaïne se présente sous forme de poudre blanche (chlorhydrate de cocaïne) et sous forme base (crack, freebase).
- * Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.
- * On peut observer différents effets stimulants proches de la sphère maniaque.
- * Le traitement de l'intoxication aiguë ainsi que le traitement du sevrage sont symptomatiques.
- * Il n'existe aucun antidote spécifique de l'overdose en cocaïne.
- * Il n'existe pas de traitement médicamenteux préventif d'une reprise d'un mésusage de cocaïne validé à ce jour.
- * Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans le traitement de l'usage nocif pour la santé et de la dépendance.

1. INTRODUCTION

La cocaïne est extraite des feuilles du coca, cultivées principalement en Amérique du Sud, en Indonésie et dans l'Est de l'Afrique.

La cocaïne se présente sous :

- * une **forme** poudre blanche (chlorhydrate) obtenue à partir de la feuille de coca, consommée par voie intranasale (sniff) ou par voie intraveineuse (injection, slam, shoot) ;
- * une **forme base** (cailloux, galettes de crack ou de *free base*) obtenue après adjonction de bicarbonate de soude (crack) ou d'ammoniaque (freebase) au chlorhydrate de cocaïne afin d'être inhalée (fumée) ou plus rarement injectée après solubilisation.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus fréquemment utilisée en Europe. En moyenne, les hommes sont trois à quatre fois plus consommateurs que les femmes. 5,6 % des adultes ont expérimenté la cocaïne et 1,6 % sont des sujets réguliers. 2,8 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté la cocaïne. Il y a 400 000 personnes touchées par un problème de consommation de cocaïne en France.

3. INTOXICATION AIGUË ET USAGE À RISQUE

3.1. Intoxication aiguë à la cocaïne

Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.

On observe différents effets rappelant une symptomatologie maniaque :

- * euphorie ;
- * sensation de bien-être, augmentation de l'énergie ;
- * idées de grandeur ;
- * tachypsychie ;
- * désinhibition ;
- * hypervigilance ;
- * amélioration biaisée de la concentration ;
- * anorexie ;
- * augmentation de l'intérêt et de l'excitation sexuelle ;
- * insomnie ;
- * tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, pâleur cutanée.

À la suite de la phase d'euphorie succède une phase transitoire (quelques minutes à quelques heures) de dysrégulation hédonique (« descente ») caractérisée par une dysphorie, une asthénie, une irritabilité, une perte de l'estime de soi, une anxiété.

Les usagers tentent souvent de gérer cette phase par la consommation d'autres psychotropes (alcool, benzodiazépines, opioïdes, cannabis...), pouvant être à l'origine de troubles addictifs secondaires.

3.2. Usage à risque de cocaïne

Les complications (surtout cardiologiques et psychiatriques) liées à l'usage de cocaïne peuvent survenir dès la première prise (cf. infra 5.). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

En conséquence, tout usage de cocaïne peut être considéré comme un mésusage, et donc, en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage de cocaïne, comme un usage à risque.

4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'USAGE DE COCAÏNE

4.1. Usage de cocaïne nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. [Introduction de la partie addictologie](#).

4.2. Dépendance à la cocaïne (critères CIM-10)

Cf. [Introduction de la partie addictologie](#).

5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À LA COCAÏNE

5.1. Syndrome de sevrage de la cocaïne

Les symptômes de sevrage ressemblent à ceux d'un épisode dépressif : humeur dysphorique, asthénie, hypersomnie, augmentation de l'appétit, ralentissement psychomoteur, agitation. Ils apparaissent quelques heures après l'arrêt de la cocaïne et peuvent durer plusieurs semaines.

5.2. Complications psychiatriques

- * Épisode et trouble dépressif caractérisé.
- * Tentatives de suicide.
- * Épisodes délirants aigus induits (pharmacopsychose).
- * Attaques de panique induites.
- * Paranoïa induite par la cocaïne.
- * Syndrome de recherche compulsive de crack (recherche compulsive de cailloux de crack sur le lieu de consommation).

5.3. Complications médicales non psychiatriques

Cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> * Syndrome coronarien aigu * Troubles du rythme cardiaque * Dysfonction ventriculaire gauche * Dissection aortique * Thromboses artérielles et veineuses
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> * Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique * Crises convulsives
Troubles cognitifs	<p>Usage aigu</p> <ul style="list-style-type: none"> * Amélioration artificielle et ponctuelle des capacités cognitives <p>Usage chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> * Altération des capacités attentionnelles (attention soutenue, partagée, focale), mnésiques, des fonctions exécutives (prise de décision, inhibition de réponse) * Atrophie possible des régions préfrontales et temporales
Pulmonaires	<ul style="list-style-type: none"> * Pneumothorax * Hémorragies * Syndrome respiratoire aigu suite à l'inhalation de crack ou <i>free base</i> (<i>crack lung</i>)
ORL (lors d'un usage chronique par voie nasale)	<ul style="list-style-type: none"> * Lésions de la cloison nasale et du palais * Infections naso-sinusiennes liées aux lésions de la cloison nasale
Infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> * Infections virales (VIH, VHB, VHC) * Infections bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, bactériémies) * Infections sexuellement transmissibles
Association de la cocaïne avec de l'alcool (L'alcool est un facteur de reprise des consommations de cocaïne)	<ul style="list-style-type: none"> * Augmentation de la consommation de cocaïne et de l'envie de consommer * Syndrome coronarien aigu, arythmie cardiaque, cardiomyopathies * Risque d'AVC * Augmentation des accidents de la route
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> * RCIU, infarctus placentaires

6. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Cf. **Cannabis**, « Prévention ».

6.2. Prise en charge générale

Adaptée à la situation clinique du patient et répondant à ses besoins et ses attentes, dans un centre d'addictologie.

Ambulatoire le plus souvent.

Hospitalisation requise en cas de co-addiction ou de troubles médicaux comorbides psychiatriques ou non psychiatriques.

Prise en charge individuelle et en groupe si possible prenant en compte le sujet, le produit, la voie d'administration, les comorbidités et les complications.

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë en cocaïne

Le traitement de l'intoxication aiguë est le traitement des symptômes induits par la consommation de cocaïne. Il n'existe aucun antidote spécifique du surdosage (overdose) en cocaïne.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage de la cocaïne

Le traitement du sevrage est également symptomatique. L'usage de benzodiazépines sera à éviter et des entretiens motivationnels seront effectués.

6.5. Traitement de la dépendance Trouble lié à l'usage de cocaïne

Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans le traitement de la dépendance.

Il n'existe aucun traitement médicamenteux préventif d'une reprise d'un mésusage.

La prise en charge doit combiner traitements pharmacologiques et thérapie cognitive et comportementale et un accompagnement médical et psychosocial.

Les stratégies de réduction des risques et des dommages doivent faire partie de la prise en charge : informer les usagers qu'il faut préférer la voie intranasale, ne pas partager son matériel, éviter les associations avec d'autres produits.

Les comorbidités médicales psychiatriques, non psychiatriques et addictologiques sont à rechercher et à prendre en charge.

AMPHÉTAMINES



POINTS CLÉS

- * Il existe différents types d'amphétamines.
- * La MDMA/ecstasy est populaire auprès des jeunes.
- * L'intoxication aiguë est marquée par des symptômes stimulants, empathogènes.
- * L'hyperthermie maligne est une complication sévère.
- * Le risque addictif est important.
- * Les entretiens motivationnels, les thérapies cognitives et comportementales doivent être couplées aux traitements pharmacologiques symptomatiques (anxiolytiques non benzodiazépines, antipsychotiques sédatifs).

1. INTRODUCTION

L'amphétamine (speed, pilule, pill, pilou, peanut), la méthamphétamine (speed, meth, crystal meth, ice, tina, yaba), la MDMA (forme poudre) ou ecstasy (forme comprimé) (méthylène-dioxy-méthamphétamine) sont des drogues de synthèse. Les amphétamines se présentent sous forme de comprimés à avaler (gober) ou de poudre ou de cristaux (MDMA) à consommer par voie intranasale (sniff) ou à injecter. La méthamphétamine se présente sous forme de cristaux à inhaler, de comprimés ou de poudre.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

5 % des adultes ont expérimenté la MDMA/ecstasy. 1 % sont des usagers actuels. 3,4 % des 17 ans ont expérimenté la MDMA/ecstasy avec 3,9 % des garçons et 2,8 % des filles. La méthamphétamine est très peu consommée en France. Elle circule sous le terme Tina dans les parties sexuelles sous substances (Chemsex). 0,3 % de la population des 18-64 ans a expérimenté les amphétamines.

3. INTOXICATION AIGUË, INTOXICATION CHRONIQUE, ET USAGE À RISQUE

Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.

3.1. Intoxication aiguë

Il s'agit d'un tableau clinique global stimulant :

- * une euphorie et une sensation de bien-être ;
- * un renforcement de la confiance en soi ;

- * une attention et une concentration accrues ;
- * une tachypsychie ;
- * une augmentation du désir sexuel ;
- * une augmentation de la pression artérielle ;
- * une augmentation du rythme cardiaque ;
- * une augmentation de la fréquence respiratoire.

La méthamphétamine se distingue par ses effets puissants et durables et par son potentiel addictif majoré. Fumer ou injecter la méthamphétamine produit un « rush » ou « flash » rapide qui se fait sentir de 3 à 5 minutes après l'inhalation tandis que l'effet se fait sentir de 20 à 30 minutes plus tard par voie orale.

Les usagers d'ecstasy/MDMA rapportent des effets euphorisants et « empathogènes » (se mettre à la place d'autrui). Les délais d'action sont de 30 à 120 minutes selon les individus et varient beaucoup avec la dose ingérée.

3.2. Urgence médicale : l'hyperthermie maligne

Principale cause de décès après une ou plusieurs consommations de MDMA/ecstasy/amphétamines.

Le tableau est celui d'un syndrome sérotoninergique.

- * **Manifestations centrales** : hyperthermie, agitation, confusion, convulsions, coma, mydriase avec réaction à la lumière conservée, sueurs profuses.
- * **Manifestations périphériques** : tachycardie, hypertension, sudation, pâleur par vasoconstriction périphérique, rhabdomyolyse, nausées, vomissements.

3.3. Syndrome d'intoxication chronique

La consommation chronique d'amphétamine entraîne rapidement une tolérance.

Il existe de nombreux signes psychiatriques et non psychiatriques de la consommation chronique d'amphétamines :

- * asthénie, perte de poids (effet anorexigène des amphétamines), troubles du sommeil, anxiété, dysphorie, symptômes psychotiques transitoires avec hallucinations, idées délirantes et troubles du comportement ;
- * lésions de certains organes (en particulier les reins, l'estomac et l'intestin) ;
- * œdème pulmonaire, troubles du rythme cardiaque ;
- * sécheresse buccale bouche et de la gorge, des états d'épuisement avec troubles graves du sommeil.

Le risque addictif est important.

3.4. Usage à risque d'amphétamine

Les complications liées à l'usage de l'amphétamine peuvent survenir dès la première prise (cf. **Partie 5**). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

En conséquence, tout usage d'amphétamine peut être considéré comme un mésusage, et donc, en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage d'amphétamine, comme un usage à risque.

4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX AMPHÉTAMINES

4.1. Usage d'amphétamines nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

4.2. Dépendance aux amphétamines (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX AMPHÉTAMINES

5.1. Syndrome de sevrage

Un syndrome de sevrage peut survenir en quelques jours après l'arrêt et peut durer plusieurs semaines, surtout lorsque la consommation se fait par voie intraveineuse ou par inhalation.

On peut principalement observer une dysphorie, une asthénie intense, une anhédonie, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration.

5.2. Complications psychiatriques

- * Épisode et trouble dépressifs caractérisés.
- * Épisodes délirants aigus (pharmacopsychose).
- * Attaques de panique induites.
- * Risque suicidaire.
- * Troubles cognitifs.
- * Aggravation d'un trouble anxieux/de l'humeur.

5.3. Complications non psychiatriques (cf. Tableau 1)

Cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> * Syndrome coronarien aigu * Urgence hypertensive (notamment dissection aortique) * Trouble du rythme * Œdème aigu du poumon * Cardiomyopathies
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> * AVC ischémique, hémorragie cérébrale * Manifestations motrices extrapyramidales (tremor, mouvements choréiformes, hyperréflexie, bruxisme, trismus)
Vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisance rénale aiguë (rhabdomyolyse) * Colite ischémique * Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) * Hépatotoxicité avec insuffisance hépatique aiguë * Vascularites nécrosantes * Hypertension artérielle pulmonaire (méthamphétamine+++)
Cutanéo-muqueuses Infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> * Lésions dermatologiques et odontologiques (méthamphétamine) * Infections virales (VIH, VHC, VHB +/- D) et bactériennes (syphilis, gonocoque, chlamydia)

Tableau 1. principales complications non psychiatriques de l'intoxication aux amphétamines.

6. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

6.1. Stratégies de prévention

Cf. Cannabis, « Prévention ».

6.2. Prise en charge médicale des troubles liés à l'usage d'amphétamine

La prise en charge est d'abord ambulatoire dans un centre d'addictologie.

L'hospitalisation s'envisage lorsqu'il existe des comorbidités psychiatriques, addictologiques, médicales non psychiatriques, en cas d'hyperthermie maligne, ou que la solution ambulatoire est insuffisante.

Les entretiens motivationnels, les thérapies cognitives et comportementales doivent être couplées aux traitements pharmacologiques symptomatiques (anxiolytiques non benzodiazépines, antipsychotiques sédatifs).

À ce jour, il n'y a aucune AMM concernant le traitement pharmacologique de l'addiction aux amphétamines.

Prise en charge concomitante des comorbidités psychiatriques et addictologiques

OPIACÉS/OPIOÏDES



POINTS CLÉS

- * L'héroïne est l'une des drogues de la classe des opioïdes.
- * L'intoxication aiguë associe sensation de bien-être, somnolence, anxiété, troubles cognitifs.
- * On distingue :
 - les troubles liés à l'usage des opiacés : intoxication aiguë et syndrome de sevrage ;
 - les troubles induits par les opiacés (trouble psychotique, trouble anxieux, syndrome confusionnel, dysfonction sexuelle, trouble du sommeil).
- * Le traitement de l'overdose (surdosage) est une urgence, et repose sur un traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques : Naloxone (Narcan®).
- * Le traitement du syndrome de sevrage peut être symptomatique et se faire par la substitution opiacée.
- * L'addiction aux opiacés nécessite habituellement des traitements de substitution par le chlorhydrate de méthadone ou la buprénorphine haut dosage (p. ex. : Subutex®).

1. INTRODUCTION

Les opiacés comprennent les opiacés naturels (p. ex. : morphine), semi-synthétiques (p. ex. : héroïne), et des produits synthétiques ayant une action morphinique (p. ex. : codéine, chlorhydrate de méthadone, oxycodone, fentanyl, nouveaux produits de synthèse). Les opiacés ont plusieurs actions : analgésique, anesthésique, antidiarrhéique ou antitussive.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

- * 1,3 % des adultes ont expérimenté l'héroïne ; 0,2 % sont des usagers actuels ; 0,7 % des jeunes de 17 ans l'ont expérimentée.
- * 45 000 personnes prises en charge en raison de leur consommation d'opioïdes, au cours de l'année dans les centres d'addictologie.
- * 180 000 personnes bénéficiant de prescriptions de traitement de substitution aux opioïdes en ville et en centres spécialisés.
- * En 2015, 17 % de la population a bénéficié du remboursement d'un antalgique opioïde (tramadol, codéine, opium, morphine, oxycodone, fentanyl), soit près de 10 millions de personnes. La consommation d'antalgiques opioïdes a diminué de 56 % entre 2006 et 2017.

3. INTOXICATION AIGUË AUX OPIACÉS ET USAGE À RISQUE

3.1. Intoxication aiguë aux opiacés

L'importance des modifications comportementales et physiologiques qui résultent de l'usage des opiacés dépend de la dose aussi bien que des caractéristiques du sujet qui utilise la substance (p. ex. : tolérance, taux d'absorption, chronicité de l'usage).

Les opiacés peuvent être consommés sous différentes formes : inhalation (fumer), intranasale (sniff), injectés par voie intraveineuse (shoot, fix), ingérés (comprimés, sirop). La cinétique des effets varie selon le mode d'administration et le produit consommé.

L'intoxication aiguë aux opiacés se déroule en trois phases sur le plan psychique :

- * « flash orgasmique » : sensation de bien-être intense et immédiat durant moins de 30 minutes en général ;
- * somnolence, apathie pendant 2 à 5 heures ;
- * anxiété et troubles cognitifs (troubles mnésiques, troubles de l'attention).

L'intoxication aiguë aux opiacés peut entraîner un surdosage (overdose) avec la triade suivante : trouble de la conscience, dépression respiratoire (bradypnée, dyspnée de Cheynes Stocke), et myosis serré. Il existe une hypothermie, des troubles du rythme cardiaque, une hypotension artérielle, des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales), un prurit.

3.2. Usage à risque d'opiacés

Les complications liées à l'usage d'opiacés peuvent survenir dès la première prise (cf. **Partie 5**). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

En conséquence, tout usage d'opiacés comme l'héroïne peut être considéré comme un mésusage, et donc, en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage d'opiacés, comme un usage à risque.

4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX OPIACÉS

4.1. Usage d'opiacés nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie**.

4.2. Dépendance aux opiacés (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie**.

5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX OPIACÉS

5.1. Syndrome de sevrage aux opiacés

Le syndrome de sevrage associe :

- * **des signes généraux ressemblant à un syndrome pseudo-grippal** : frissons, tremblements, myalgies avec parfois contractures musculaires, anorexie, douleurs abdominales, diarrhée, nausées et vomissements ;
- * **des signes neurovégétatifs** : bâillements, larmolements, rhinorrhée, mydriase, tachycardie, hypertension artérielle ;
- * **des signes psychiatriques et addictologiques** : anxiété avec possible attaque de panique, irritabilité, agressivité, signes de sevrage, craving (envie irrépressible de consommer), insomnie, agitation ;
- * **des signes biologiques** : hémococoncentration avec hyperleucocytose, hyperglycémie.

L'intensité du syndrome de sevrage dépend du caractère agoniste fort ou faible de l'opiacé utilisé et de la dose habituellement consommée. Le délai d'apparition et la durée du syndrome de sevrage dépendent de la demi-vie de l'opiacé habituellement ingéré.

Pour les sujets ayant une addiction à des produits à courte durée d'action comme l'héroïne, les symptômes de sevrage surviennent 6 à 12 heures après la dernière dose. Ils durent ensuite de 3 à 7 jours.

Les symptômes peuvent n'apparaître qu'après 2 à 4 jours dans le cas de produits à demi-vie plus longue comme le chlorhydrate de Méthadone. Ils durent alors jusqu'à 3 semaines après l'arrêt.

Anxiété, dysphorie, anhédonie, insomnie peuvent persister dans les semaines et mois qui suivent la fin du syndrome de sevrage.

5.2. Complications et comorbidités psychiatriques

Addiction à l'alcool, à la cocaïne, aux benzodiazépines.

Risque accru d'épisode dépressif et de trouble anxieux au cours de l'intoxication (trouble induit) ou dans les mois suivant l'arrêt.

Troubles délirants induits par les opiacés (pharmacopsychose).

Comorbidités :

- * trouble de personnalité antisociale, borderline ;
- * état de stress post-traumatique, trouble bipolaire et schizophrénie.

5.3. Complications médicales non psychiatriques

5.3.1. Opiacés consommés par voie intraveineuse

En rapport avec les injections intraveineuses sont retrouvées :

- * des marques d'injection sur la partie inférieure des membres supérieurs ;
- * des veines sclérosées ;
- * à l'extrême, les sujets se mettent à utiliser des veines des jambes, du cou ou des lombes.

Lymphœdème des mains (syndrome de Popeye) : constitue une complication particulière liée à l'injection de Buprénorphine Haut dosage (Subutex®) détourné.

Complications infectieuses locales : cellulites, lymphangites, abcès.

Complications infectieuses générales : endocardite bactérienne, candidose ophtalmique ou articulaire, hépatite B et C, virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les taux d'infection par le VIH sont de l'ordre de 10 % chez les usagers de drogue par voie veineuse en France, et de l'ordre de 30 % pour le VHC.

5.3.2. Opiacés consommés par voie intranasale

Irritation de la muqueuse nasale, quelquefois accompagnée d'une perforation de la cloison, sinusites.

5.3.3. Pour toutes les voies

Overdose+++ (en particulier l'héroïne) : Survient préférentiellement après une période d'arrêt du mésusage, d'hospitalisation ou d'incarcération par injection des mêmes doses qu'auparavant ou lors des réintroductions trop rapides de traitement de substitution.

Amaigrissement, lésions dentaires.

Chez les femmes : aménorrhée, grossesses de découverte tardive, retard de croissance intra-utérin, risque de fausse couche.

Les nouveau-nés peuvent présenter un syndrome de sevrage en opiacés, que la mère ait consommé de l'héroïne ou ait été sous traitement de substitution.

Complications sociales

Comportements délictueux, vols, prostitution, trafic.

6. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

6.1. Prévention

Cf. **Cannabis**, « Prévention ».

6.2. Prise en charge générale

Prise en charge globale pluridisciplinaire : elle doit être proposée au patient avec évaluation psychiatrique, médicale générale et sociale. La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins, elle ne se fait jamais en urgence sauf en cas de grossesse où l'instauration d'un traitement de substitution opiacée doit se faire en quelques jours. Le sevrage est contre-indiqué chez la femme enceinte (risque de fausse couche).

Prise en charge addictologique : le bilan de la dépendance est la première étape de la prise en charge (histoire, parcours de soins antérieurs, co-addictions).

Prise en charge psychothérapeutique : entretien motivationnel, thérapie cognitive et comportementale, avec technique de prévention de la reprise du mésusage.

Prise en charge des complications et des comorbidités psychiatriques (trouble anxieux et trouble de l'humeur), médicales non psychiatriques et des éventuelles coaddictions.

Mise à disposition de traitements de substitution opiacée (Méthadone en centre spécialisé, buprénorphine haut dosage en médecine générale et en centre spécialisé).

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë aux opiacés

Traitement du surdosage :

Hospitalisation en urgence et prise en charge en réanimation (VVP macromolécules puis G5 % + NaCl + KCl, scope, réchauffement) avec surveillance régulière (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, conscience, SaO₂).

Traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques : Naloxone, (Narcan®) 0,4-0,8 mg en IVD toutes les 20 minutes jusqu'à reprise du rythme respiratoire (maximum 24 mg/12 h).

Des dispositifs de Naloxone® par voie intramusculaire et intranasale sont disponibles. Le traitement doit être maintenu à la seringue électrique aussi longtemps que nécessaire (parfois plusieurs jours en cas d'intoxication par de la Méthadone).

Traitement symptomatique de la dépression respiratoire (ventilation au masque voire intubation) et des symptômes associés.

Traitement des complications : 1 ampoule de diazépam (Valium) IM si convulsions, si hypoglycémie (car prise concomitante d'alcool) resucrage au moyen de la VVP, antibiothérapie probabiliste sur point d'appel/fièvre.

Bilan infectieux (infection parfois à l'origine du surdosage) : radiographie thoracique, hémocultures, prélèvements cutanés aux points d'injection, ECBU, sérologies VHB VHC VIH. Vaccination antitétanique au décours à prévoir.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage

Traitement symptomatique : Il doit être adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques). Il associe antalgiques non opiacés, antispasmodiques, antiémétiques, antidiarrhéiques, anxiolytiques non benzodiazépiniques comme antipsychotiques sédatifs (cyamémazine) ou antihistaminiques (hydroxyzine).

Mise sous traitement de substitution opiacée : choix majoritaire et préférentiel.

6.5. Traitement de la dépendance

6.5.1. Traitement de substitution opiacée

Le traitement de substitution opiacé (TSO) est le traitement de choix de la dépendance aux opiacés. Ce traitement peut être proposé quelques mois, quelques années ou à vie selon le degré de dépendance du sujet et son choix de prise en charge.

Trois traitements ont l'autorisation de mise sur le marché en France :

- * le chlorhydrate de méthadone ;
- * la buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques) ;
- * l'association buprénorphine haut dosage – naloxone (Suboxone®).

La substitution opiacée s'inscrit dans un protocole de soins qui peut viser autant l'arrêt du mésusage que la diminution des consommations d'opiacés dans une dimension de réduction des risques et des dommages. Cette prescription s'inscrit dans un protocole de soins global associant psychothérapie, traitement des comorbidités psychiatriques et non psychiatriques et réinsertion sociale.

Les TSO sont efficaces à condition d'être intégrés dans un cadre thérapeutique associant le contrôle de la délivrance, les dosages urinaires et une posologie adaptée. Il existe un usage détourné des TSO.

6.5.2. Réduction des risques et des dommages (RDRD)

Elle consiste à réduire les risques et des dommages liés à l'usage de substances psychoactives et aux pratiques sexuelles qui lui sont liées par une réponse médicale, psychosociale et communautaire. Les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) et les CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) peuvent répondre à cette mission de soins dits de « bas seuil ». Ses principaux éléments sont :

- * accueil sans condition des usagers quelle que soit leur situation ;
- * contact avec les populations ne voulant ou ne pouvant pas interrompre leurs consommations ;
- * informer les personnes sur les risques associés aux usages de drogues et leur prévention par différents supports, par des conseils personnalisés, ou des interventions en groupe ;
- * distribution et promotion de matériels de prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques (seringues, préservatifs, kits crack...) ;
- * existence de salles de consommation à moindre risque dans plusieurs villes de France ;
- * récupération du matériel de consommation usagé ;
- * favoriser l'accès aux droits et aux soins, orienter vers des dispositifs spécialisés ;
- * favoriser le soutien par l'action des groupes d'entraide.

	Chlorhydrate de méthadone	Buprénorphine haut dosage (Subutex®)	Buprénorphine haut dosage et naloxone (Suboxone®)
	Agoniste des récepteurs aux opiacés	Agoniste partiel aux récepteurs des opiacés	Agoniste partiel des récepteurs aux opiacés associé à un antagoniste des récepteurs aux opiacés
Indication	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique
Formes	Sirop : 5, 10, 20, 40 ou 60 mg par dose Gélules : 1, 5, 10, 20 ou 40 mg par gélule	Comprimés sublinguaux à 0,4, 2 ou 8 mg par comprimé	Comprimés sublinguaux à 2 ou 8 mg par comprimé
Prescripteur	Sirop Prescription initiée en établissement de santé ou en centre de soins spécialisé. Relais assuré en médecine de ville Gélule Prescription initiale semestrielle réservée aux médecins exerçant en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou services spécialisés dans les soins aux toxicomanes. Utilisée qu'en relais de la forme sirop chez des patients traités depuis au moins 1 an et stabilisés	Tout médecin	Tout médecin

	Chlorhydrate de méthadone	Buprénorphine haut dosage (Subutex®)	Buprénorphine haut dosage et naloxone (Suboxone®)
Posologies : initiation du traitement	Initiation uniquement sous la forme sirop Première dose quotidienne de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique et administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacés	0,8 à 4 mg/jour Au moins 4 heures après la dernière prise de stupéfiant ou lors de l'apparition des premiers signes de manque puis augmentation par paliers de 1 à 2 mg/jour	2 à 4 mg/jour Première dose au moins 4 heures après la dernière prise d'opiacés ou lors de l'apparition des premiers signes de manque. Augmentation ensuite par paliers de 2 mg/jour
Posologies	Posologie d'entretien obtenue par augmentation de 10 mg par semaine Habituellement entre 60 et 100 mg/jour Doses supérieures parfois nécessaires. Traitement administré en une prise unique quotidienne	Posologie adaptée individuellement à chaque patient et ajustée en augmentant progressivement les doses jusqu'à la dose minimale efficace Posologie moyenne d'entretien 8 mg/jour. Augmentation jusqu'à 16 mg/jour (posologie maximale) parfois nécessaire	Posologie adaptée en fonction des besoins du patient, à ajuster en augmentant progressivement les doses jusqu'à la dose minimale efficace (plus de signes de manque) Posologie moyenne d'entretien : 8 mg/jour. Augmentation jusqu'à 24 mg/jour (posologie maximale) parfois nécessaire
Prescription sécurisée	Oui	Oui	Oui
Modalités de rédaction	Nom, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres Mention obligatoire du nom du pharmacien sur l'ordonnance	Nom, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres Mention obligatoire du nom du pharmacien sur l'ordonnance	Nom de la spécialité, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres Mention obligatoire du nom du pharmacien sur l'ordonnance.
Durée de la prescription	Durée maximale de prescription : 14 jours ; 28 jours pour les gélules	Durée maximale de prescription : 28 jours	Durée maximale de prescription : 28 jours
Délivrance	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »

Tableau 1. Résumé des modalités de prescription d'un traitement de substitution aux opiacés.

LES NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE



POINTS CLÉS

- * Les cathinones et les cannabinoïdes de synthèse sont les NPS les plus populaires.
- * Cathinones principales : 3M : Méphédrone, MDPV, Methylone.
- * Voies d'administration multiples (inhalée, intranasale, injectée par voie intraveineuse [slam], intrarectale [plug]...).
- * Internet est le principal vecteur de diffusion.
- * Il existe un potentiel addictif de ces NPS.
- * Il existe une demande croissante de soins pour un usage problématique des cathinones de synthèse.
- * Il existe de nombreuses complications (médicales psychiatriques, médicales non psychiatriques, cognitives).
- * Traitement symptomatique et mesures de réduction des risques et des dommages nécessaires.

1. INTRODUCTION

Les nouveaux produits de synthèse (NPS), encore appelés nouvelles substances psychoactives (NSP), sont disponibles depuis une dizaine d'années, sont fabriqués en Asie et en Europe, non contrôlés, non réglementés par les législations sur les drogues.

Ces NPS sont principalement :

- * les **cathinones** (3M : Méphédrone, Méthylènedioxypropylammonium [MDPV], Methylone ; 4-méthylethcathinone [4-MEC], 3-MMC, Alpha-PVP, NRG [mélange de cathinones]...) ;
- * et les **cannabinoïdes de synthèse** (Spice, Spice Diamond...).

Ils sont conditionnés et commercialisés sous les termes d'euphorisants légaux (legal highs), d'euphorisants végétaux (herbal highs), sous la forme de sels de bain, d'engrais pour plantes, d'encens ou de produits pour la recherche chimique non consommables pour l'homme.

Les NPS sont consommées pour leurs effets psychoactifs mimant ceux des substances psychoactives illécitales comme les stimulants (cocaïne, amphétamines), le cannabis.

La vente de NPS s'effectue essentiellement sur Internet (sites web, réseaux sociaux, web invisible ou deep web).

Aspect législatif en France

Les cannabinoïdes de synthèse sont considérés comme des substances classées comme stupéfiants en France depuis 2009.

L'arrêté de juillet 2012 a inscrit sur la liste des stupéfiants toute molécule dérivée de la cathinone, ses sels et ses stéréo-isomères, en raison des dangers liés à leur consommation.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

Les études épidémiologiques sont encore pauvres.

Les premières identifications de NPS en France datent de 2008. Chaque année de nouveaux NPS sont identifiés.

Les plus repérés en ligne sont la 3-MMC et le 4-MEC.

Les cannabinoïdes de synthèse représentent près de la moitié des NPS vendus.

Populations d'usagers de NPS :

- * le milieu homosexuel : fêtes sexuelles privées avec pratique d'injection intraveineuse (slam) ;
- * les milieux alternatifs musicaux ;
- * les sujets ayant un trouble lié à l'usage de cocaïne et/ou d'amphétamines ;
- * les usagers occasionnels de drogues, socialement insérés, utilisant Internet pour expérimenter les NPS.

3. INTOXICATION AIGUË

Les effets psychoactifs dépendent du produit, de la dose consommée, de la voie d'administration et des individus.

3.1. Cannabinoïdes de synthèse

Les produits disponibles à la vente sur Internet ne contiennent ni tabac, ni cannabis.

Ils se consomment par voie inhalée.

Intoxication aiguë

Ils ont une action pharmacologique similaire au Δ^9 -tétrahydrocannabinol avec une durée plus courte des effets cliniques (environ 6 heures).

Les effets recherchés sont :

- * l'euphorie ;
- * la sociabilité ;
- * l'anxiolyse ;
- * la relaxation ;
- * la stimulation.

Les premiers effets ressentis surviennent 10 minutes après une consommation :

- * tachycardie ;
- * hyperhémie conjonctivale ;
- * xérostomie ;
- * altération de la perception et de l'humeur ;
- * sensation de bien-être, euphorie ;
- * troubles sensoriels variables (visuel, tactile, auditif) ;
- * illusions perceptives ;
- * sentiment de ralentissement du temps ;
- * hallucinations psychosensorielles.

3.2. Cathinones de synthèse

La cathinone est un alcaloïde psychostimulant contenu dans les feuilles de khat.

Les cathinones de synthèse sont des dérivés chimiques de la cathinone naturelle.

Ses effets sont comparables à ceux des amphétamines, de la MDMA et de la cocaïne.

Consommation par voie orale (drop), intranasale, intraveineuse (slam), inhalée, intrarectale (plug).

Intoxication aiguë

Les effets recherchés sont :

- * l'augmentation de la sociabilité ;
- * l'empathie ;
- * l'euphorie ;
- * la performance sexuelle ;
- * l'augmentation des capacités au travail.

La Méphédronne a des effets psychoactifs, d'une durée de 2 à 5 heures, ressemblant à ceux de la méthamphétamine.

Le 4-MEC a des effets proches de la Méphédronne.

La MDPV a des effets psychoactifs, d'une durée de 2 à 7 heures, similaires à ceux de la cocaïne.

La Methylone a des effets psychoactifs similaires à ceux de la MDMA (euphorie calme et empathie).

Les NRG sont des mélanges de cathinones et les effets psychoactifs de chacune des substances sont potentialisés.

4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX NPS

4.1. Usage de NPS nocif pour la santé

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

4.2. Dépendance aux NPS

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX NPS

5.1. Cannabinoïdes de synthèse

Complications psychiatriques	Complications non psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> * rêves vifs ou non plaisants * hallucinations * anxiété * état d'agitation * état délirant aigu * paranoïa induite * troubles mnésiques * épisode dépressif caractérisé 	<ul style="list-style-type: none"> * tachycardie pouvant durer de 2 à 4 heures * convulsions * confusion * trouble de la coordination motrice * dépression respiratoire * douleurs diffuses * syndrome coronarien aigu * rhabdomyolyse * insuffisance rénale aiguë * surdosage (overdose) * cas de décès

Symptômes de sevrage : tension intérieure, cauchemars, sueurs, céphalées, nausées et tremblements.

5.2. Cathinones de synthèse

Complications psychiatriques	Complications non psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> * survenue d'une anxiété * hallucinations * paranoïa induite * insomnies * troubles cognitifs * idées suicidaires * attaques de panique prolongées * états délirants aigus (pharmacopsychoses) * épisodes dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> * nausées, vomissements * céphalées * vertiges * troubles de la vision * hyperthermie * mydriase * bruxisme * tachycardie * douleurs thoraciques, * hypertension artérielle * anomalies du segment ST à l'ECG * confusion * céphalées * convulsions * tremblements, parkinsonisme, * hyponatrémie, * rhabdomyolyse, * syndrome sérotoninergique * décès associés à la méphédronne, à la MDPV, à la méthylone, à la butylone, à la 4-méthylamphétamine

Ces substances ont un potentiel addictif.

La Méphédronne entraîne craving et tolérance comparable aux amphétamines.

La MDPV entraîne une consommation compulsive conduisant à une dépendance.

Syndrome de sevrage, après arrêt brutal de la MDPV et de la méphédronne : humeur triste, anxiété, troubles du sommeil, anhédonie, anergie, asthénie, troubles de la concentration, palpitations et céphalées.

Craving, anhédonie et anergie peuvent durer plusieurs semaines.

5.2.1. Complications du « slam »

- * Abscesses au point d'injection.
- * Atteintes veineuses.
- * Anomalies de la coagulation induites par la toxicité du produit.
- * Anomalies de la cristallisation des produits lors de la dilution et des pratiques de rinçage.
- * Risques de VIH et autres infections sexuellement transmissibles dus aux rapports et aux pratiques sexuelles non protégées.

6. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Elle passe par les campagnes d'information et de sensibilisation du grand public et des professionnels de santé.

Système d'alerte précoce de l'Union Européenne : moyen de réponse rapide à l'émergence de nouvelles drogues sur la scène européenne.

6.2. Approche thérapeutique

Il n'existe aucun traitement spécifique et curatif de l'addiction aux NPS.

Pour tous les NPS :

- * traitement pharmacologique symptomatique (non spécifique) des manifestations cliniques aiguës (anxiolytiques) ;
- * utilisation de stratégies motivationnelles et comportementales (idem cocaïne) ;
- * traitement des complications/comorbidités psychiatriques et non psychiatriques ;
- * prise en charge des comorbidités addictives ;
- * réduction des risques et des dommages (slam).

AUTRES DROGUES : GHB/GBL ; KÉTAMINE ; HALLUCINOGENES



POINTS CLÉS

- * En cas d'intoxication aiguë le traitement est symptomatique.
- * Un tableau particulier doit faire évoquer une intoxication mixte, sans jamais oublier un possible traumatisme crânien sous-jacent.
- * Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).
- * La thérapie cognitivo-comportementale associée à des mesures générales de prise en charge est utilisée dans le traitement de l'addiction à ces substances.

1. INTRODUCTION

Nous ne citerons dans cette section que les hallucinogènes (le diéthylamide d'acide lysergique [LSD] et les champignons hallucinogènes), le gamma-hydroxybutyrate (GHB) et le gamma-butyrolactone (GBL) et la kétamine (K, Ket, spécial K, Vitamine K).

Le LSD est produit sous forme de cristaux dans des laboratoires clandestins. Ces cristaux sont transformés en liquide avant d'être écoulés. Ce liquide est inodore, incolore et a un goût légèrement amer.

Le GHB/GBL se présente sous forme de poudre, de capsules ou de liquide incolore et inodore. Il a parfois un goût salé et savonneux qui disparaît lorsqu'il est mélangé à une boisson sucrée dans une bouteille en verre.

La kétamine se retrouve sous forme de poudre, de liquide, et plus rarement, en comprimés ou en capsules.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

En Europe, chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD oscillent entre 0 et 5,4 %.

Les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie chez ces jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 8,1 %.

La prévalence de la consommation de GHB/GBL et de kétamine dans les populations adulte et scolaire est nettement inférieure à celle de l'ecstasy.

3. INTOXICATION AIGUË

Les effets psychoactifs des drogues sont individus, dose et voie dépendants.

<p>Hallucinogènes</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Hallucinations * Distorsions perceptuelles * Agitation * Mydriase * Nystagmus * Hyperthermie * Tachycardie * HTA * Tachypnée
<p>GHB/GBL Effet dose-dépendant Absorption orale rapide Effets au bout de 15 minutes Durée de 3 à 4 heures</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Euphorie * Désinhibition * Aphrodisiaque (envie, désir sexuel, intensifie l'acte sexuel, qualité de l'orgasme) * Altération du niveau de conscience * Perte de contrôle * Relaxation, sommeil * Amélioration des effets négatifs des autres drogues psychostimulantes * Absence de phénomène de « descente » si le produit est consommé isolément * Nausées, vomissements * Sensation ébrieuse * Troubles du cours de la pensée * Difficultés d'élocution * Incapacité à prendre des décisions * Hyperthermie <p>Overdoses</p> <ul style="list-style-type: none"> * Effets physiques aigus: bradypnée, apnée, vertiges, ataxie, asthénie, diplopie, mydriase
<p>Kétamine Durée de 2 à 4 heures</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Dépersonnalisation, déréalisation, expériences de mort clinique, flashback, anxiolytique, désinhibition * Khole : Trous noirs avec troubles cognitifs, troubles du comportement, hallucinations et cauchemars proches du bad trip du LSD * Dépression respiratoire modérée et transitoire * Retard prolongé du réveil * Coma * Attaques de panique

4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX HALLUCINOGENES, GHB ET À LA KÉTAMINE

4.1. Troubles liés à l'usage d'hallucinogènes

4.1.1. Usage d'hallucinogènes nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

4.1.2. Dépendance aux hallucinogènes (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

4.2. Troubles liés à l'usage de GHB (troubles liés à l'usage d'une substance autre ou inconnue)

4.2.1. Usage de GHB nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

4.2.2. Dépendance au GHB (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

4.3. Troubles liés à l'usage de kétamine (troubles liés à la phencyclidine ou aux substances similaires)

4.3.1. Usage de kétamine nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

4.3.2. Dépendance à la kétamine (critères CIM-10)

Cf. **Introduction de la partie addictologie.**

5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS AUX HALLUCINOGENÈS, GHB ET À LA KÉTAMINE

Elles dépendent des différentes substances.

5.1. Syndrome de sevrage

Hallucinogènes	<ul style="list-style-type: none"> * Hallucinations géométriques * Fausses perceptions de mouvement à la périphérie du champ visuel * Flashs de couleurs
GHB/GBL 1 à 6 heures après la dernière prise Pic au cours des 24 premières heures Dure jusqu'à 14 jours	<ul style="list-style-type: none"> * Agitation * Hallucinations surtout auditives et visuelles * Trouble psychotique bref * Trouble dépressif caractérisé * Anxiété * Insomnie * Confusion * Trémor * Tachycardie * Hypertension
Kétamine Pas de syndrome de sevrage spécifique décrit	<ul style="list-style-type: none"> * Anxiété * Tremblements * Palpitations

5.2. Complications psychiatriques

- * Attaques de panique.
- * Passages à l'acte hétéro ou auto-agressif.
- * Trouble psychotique bref.
- * Trouble dépressif caractérisé.
- * Troubles dépressifs.
- * Troubles cognitifs.

5.3. Complications non psychiatriques

Les complications non psychiatriques ne sont pas strictement spécifiques aux consommations des substances en question. La liste ci-dessous est loin d'être exhaustive.

- * Altération de l'état général : perte d'appétit, amaigrissement, baisse de la libido.
- * Troubles cardiovasculaires (palpitations, tachycardie...).
- * Troubles neurologiques (trismus, acouphènes, crises convulsives...).

6. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Cf. **Cannabis**, « Introduction ».

6.2. Traitement de l'intoxication aiguë

En cas d'intoxication aiguë, le traitement est le plus souvent symptomatique. Un tableau particulier doit faire évoquer une intoxication mixte, sans jamais oublier un possible traumatisme crânien sous-jacent.

6.3. Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).

6.4. Traitement de la dépendance

L'usage chronique d'hallucinogènes, de GHB/GBL et de kétamine entraîne une dépendance avec les critères diagnostiques habituels.

Pour toutes ces substances, il n'existe pas de traitement de substitution.

La prise en charge est multimodale avec un traitement pharmacologique symptomatique associé à une thérapie cognitivo-comportementale.

