NOTIONS DE BASE EN ADDICTOLOGIE

Centre Régional Psychotraumatisme Sud Aquitaine

Introduction

- Les conduites addictives **font partie de la vie sociale** depuis la nuit des temps, **les substances psychoactives accompagnent les hommes, leurs rituels, leurs fêtes mais aussi leurs souffrances qu'elles savent apaiser…** et leur avenir est garanti ! C'est à l'ensemble de la société d'élaborer des réponses qui soient **avant tout éducatives et citoyennes.**

- **Double visage** : à la fois « remèdes et poisons », source de souffrances mais aussi de plaisirs et de satisfactions.

- Le double profil de dangerosité pharmacologique et de satisfactions recherchées permet pour chaque substance, de situer la notion de **« risque relatif » et sa marge d'acceptabilité**. Entre plaisirs et dangers, chacun se conduit en fonction d'une attente et de limites qui renvoient à l'acceptation de risques. Celle-ci est fortement **déterminée par la culture, la société, la pression du groupe d'appartenance, mais aussi par l'histoire et l'expérience personnelle.**

Des drogues à l'addictologie

- Dès l'aube de l'humanité: les chamanes et l'accès aux dieux
- L'Antiquité: Dyonisos et Apollon
- L'industrialisation et l'alcoolisme
- XXe siècle: des hippies aux junkies
- Scènes ouvertes et polymorbidités
- Des substances aux personnes

« Pratiques addictives » : Intérêts du concept

- **On ne parle plus de toxicomanie et de toxicodépendance**

- **Concept fédérateur** indispensable pour dépasser les conséquences cliniques, sociales et organisationnelles négatives dues aux clivages entres les différentes addictions

- Permet un **abord commun**, plus objectif et comparatif, des troubles liés à l'abus et à la dépendance

- **Sortir du piège des vocables stigmatisants**: "alcoolisme", "toxicomanie", et pouvoir réfléchir sur les conduites d'abus

Origines du terme « addiction »

- Du latin « *addictus* » qui, en bas latin, signifie « adonné à ».
- Ce terme était utilisé en droit romain pour désigner la situation du débiteur qui, incapable de payer ses dettes, se trouvait « adonné » à son créancier. Ce dernier avait alors le droit de disposer entièrement de sa personne comme d'un esclave. Il s'agit, en quelque sorte, de la contrainte par corps.
- Le terme d'addiction exprime une absence d'indépendance et de liberté, donc bien un esclavage.

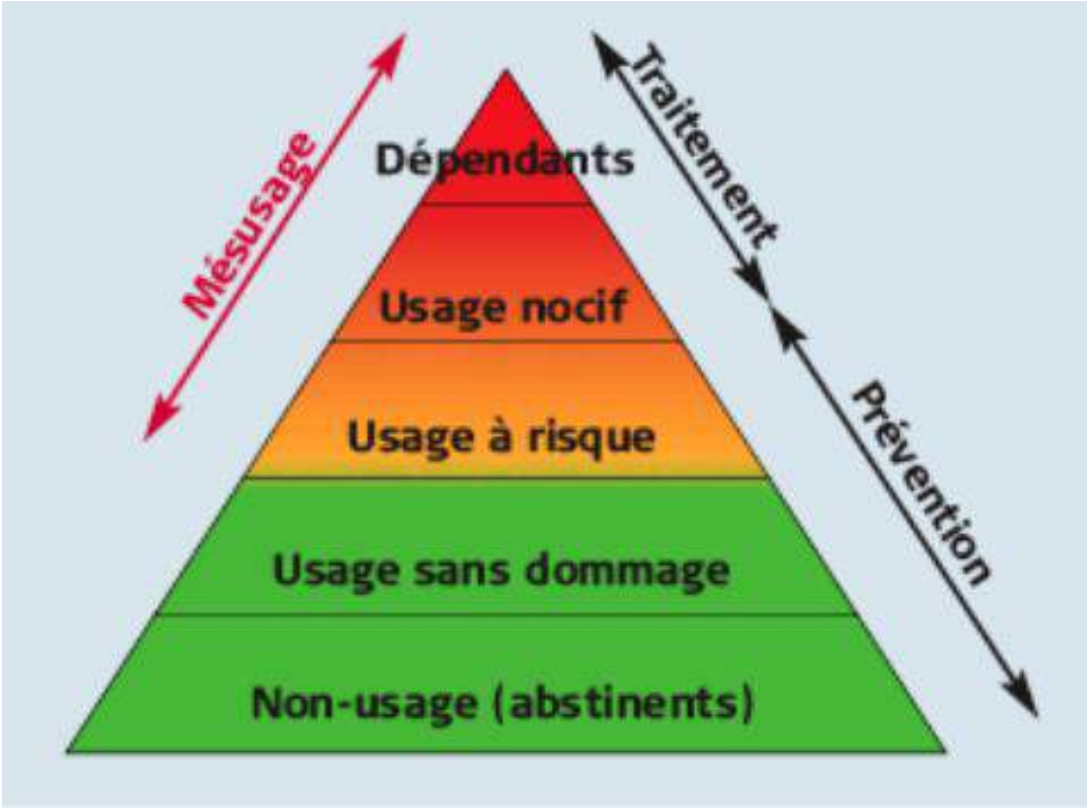
Définition

- **L'addiction se caractérise par une consommation (ou une pratique) compulsive et non contrôlée et par le caractère prioritaire de la conduite addictive sur les autres besoins.**

- **Elle aboutit à un comportement de recherche.**

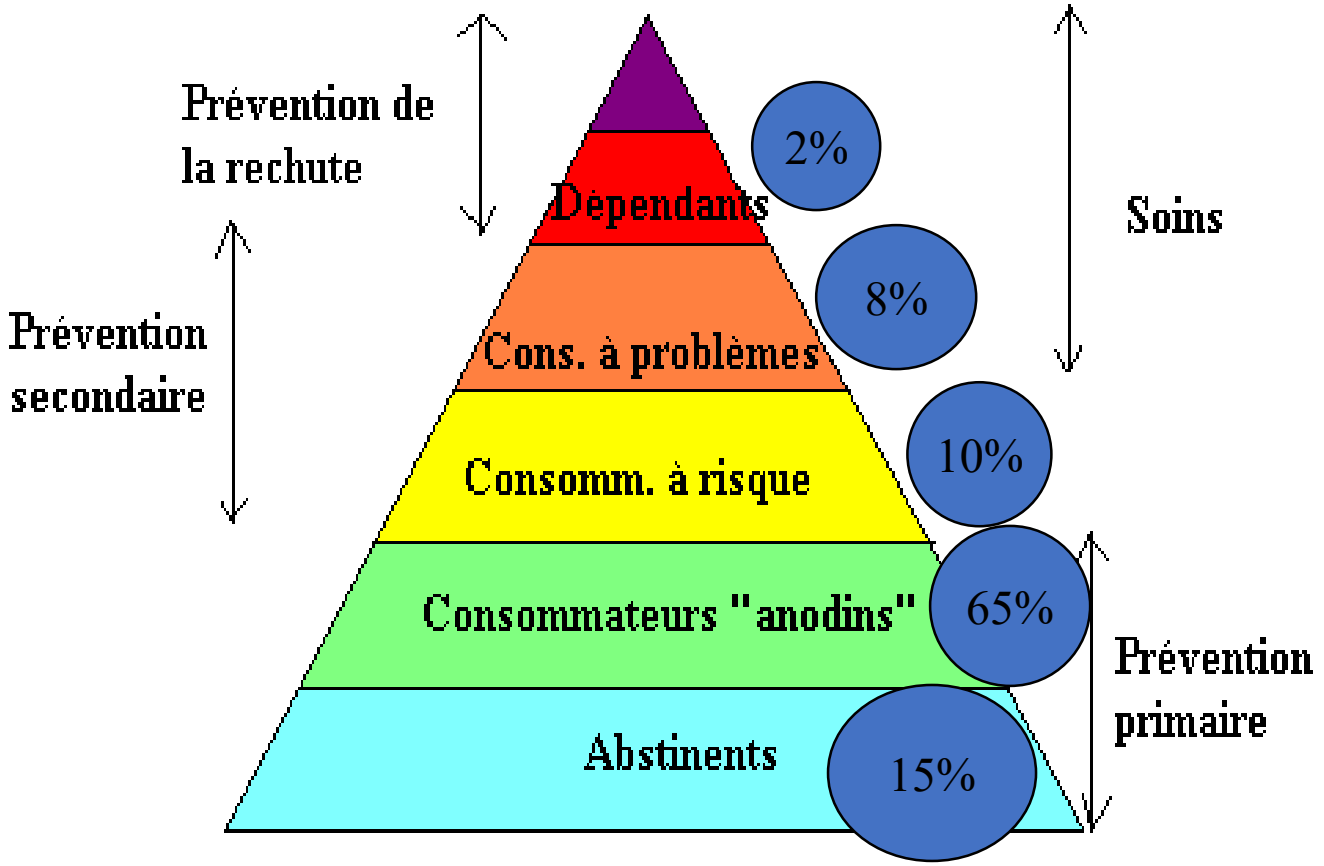
- **Intérêt de cette nouvelle définition: abandon de la distinction drogue légale/illégale, parenté entre addiction avec ou sans substance, terminologie moins restrictive et moins stigmatisante.**

Pyramide de Skinner



On s’intéresse ici plus aux modes de consommation qu’aux produits, cela évite la confrontation drogues dures/drogues douces, licites/illicites et introduit aussi la notion d’addiction sans substance.

Exemple: le risque alcool



La dépendance selon le DSM-V

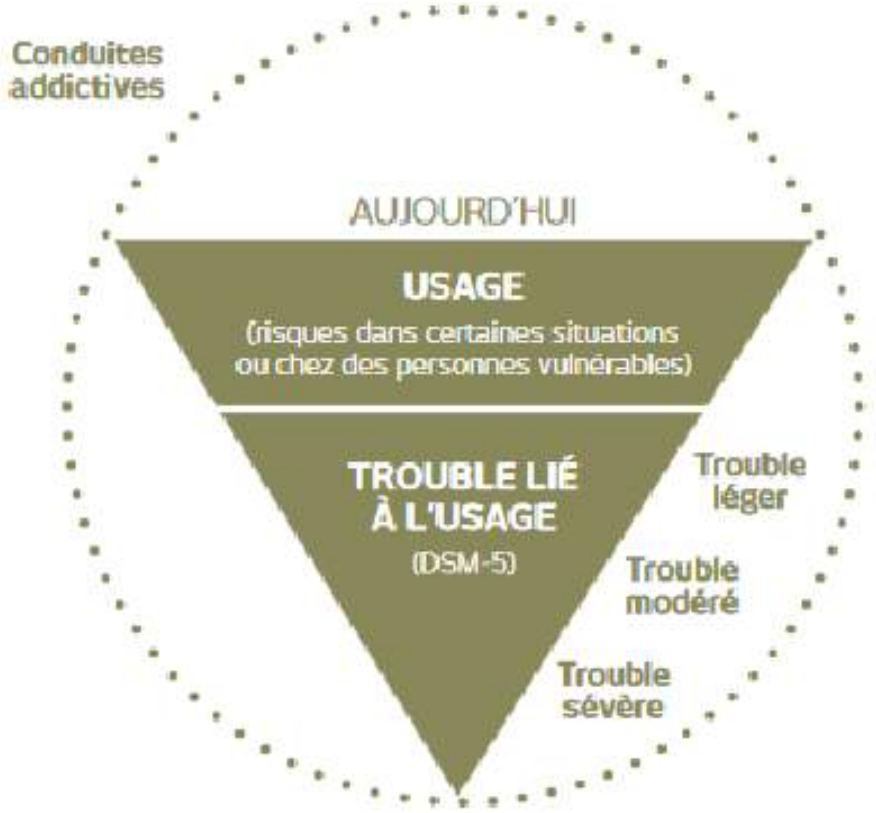
- **Il s'agit d'un mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois**

Critères dépendance DSM-V

- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- Utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
- Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu
- Désir persistant ou des efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance
- Usage de la substance poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents
- Utilisation de la substance poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance
- Temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer des effets
- Importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs réduites ou abandonnées à cause de l'utilisation
- Craving (envies impérieuses ou obsédantes)
- Tolérance
- Syndrome de sevrage

Evolution

AVANT 2013
USAGE
(risques dans certaines situations
ou chez des personnes vulnérables)
USAGE NOCIF
(abus)
DÉPENDANCE


Conduites addictives
AUJOURD'HUI
USAGE
(risques dans certaines situations
ou chez des personnes vulnérables)
TROUBLE LIÉ À L'USAGE
(DSM-5)
Trouble léger
Trouble modéré
Trouble sévère

Gravité de l’addiction

- Présence de 2 à 3 critères : **TROUBLE LÉGER**
- Présence de 4 à 5 critères : **TROUBLE MODÉRÉ**
- Présence de 6 critères ou plus : **TROUBLE SÉVÈRE**

Paradigme de l’addiction

- La toxicomanie est le fruit de la rencontre entre une personne, un produit et un moment socio-culturel (**Olivenstein)**
- Nous avons tous l’organe de l’addiction (système de récompense, système hédonique, système de renforcement)
- Du comportement addictif (l’effet cacahuète) à l’addiction

Interaction : produit – individu – moment socio-culturel

Produit

Facteurs de risques liés au produit

-Dépendance

-Complications sanitaires, psychologiques et sociales

-Statut social du produit

Individu

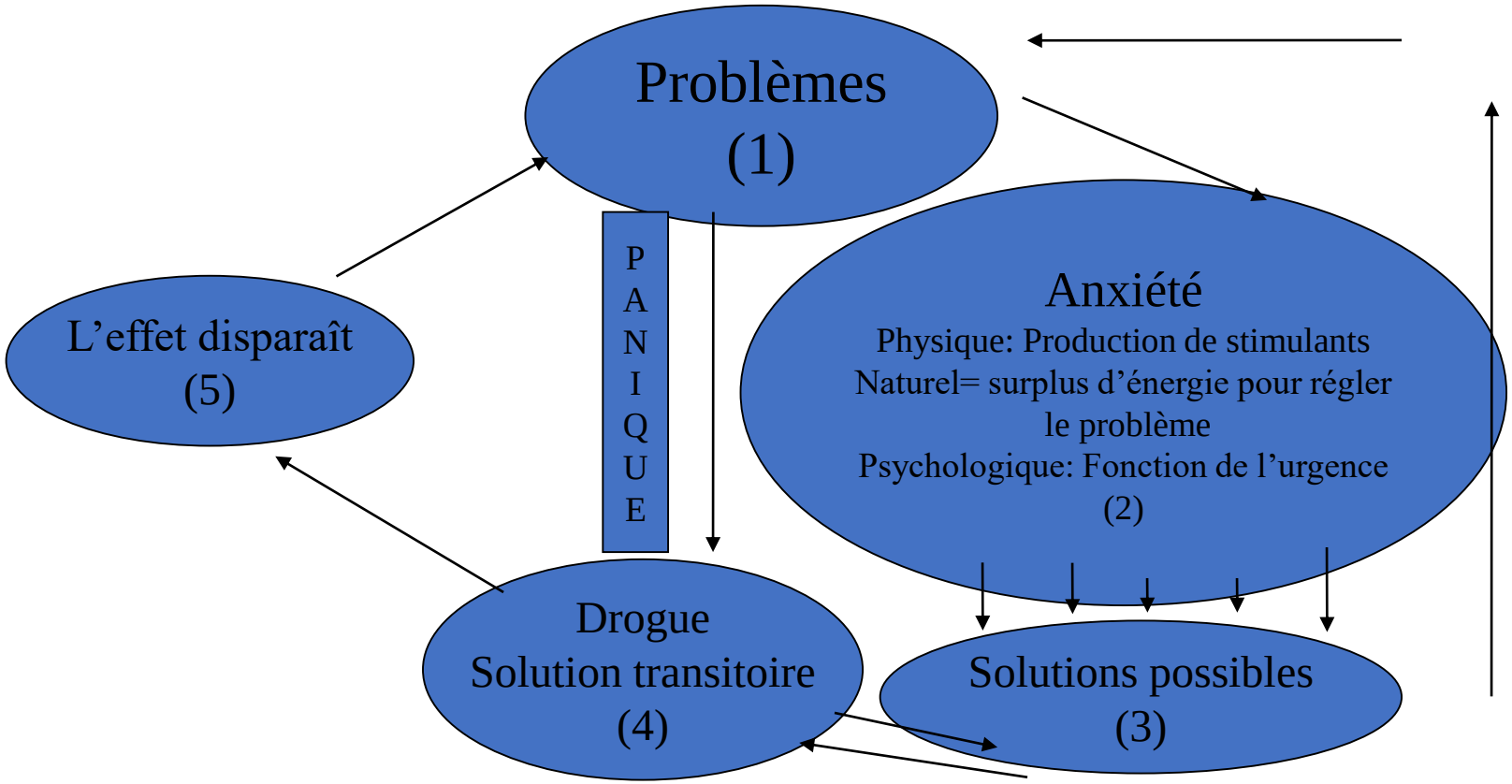
Facteurs individuels (de vulnérabilité et de protection) :

-génétiques
-biologiques
-psychologiques
-psychiatriques

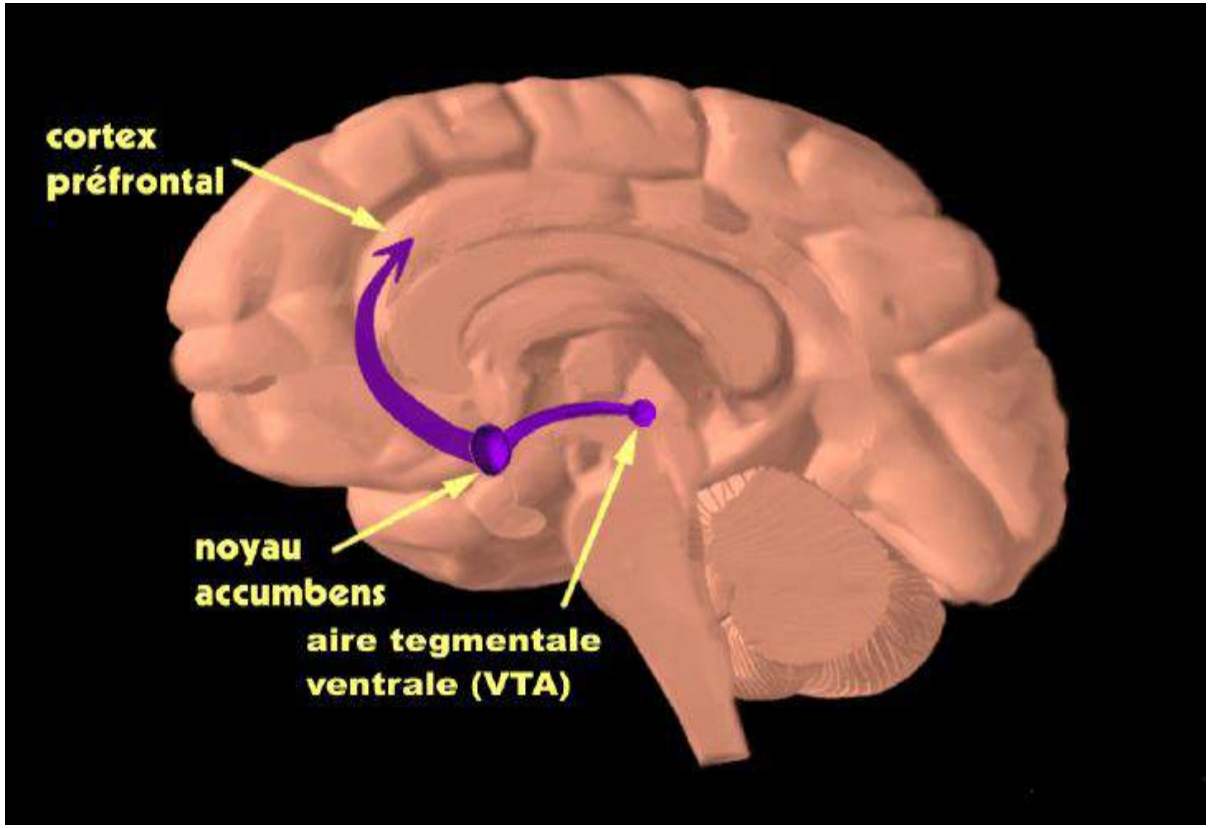
Environnement socio-culturel

-facteurs familiaux
-facteurs sociaux
-rôle des pairs

Le cycle de l'assuétude



Le système de la récompense



- La survie de l'espèce dépendrait de la capacité des individus à apprendre les circonstances dans lesquels ils pourront obtenir de la nourriture ou se reproduire.
- Drogues = capacité «in fine» d'augmenter la libération de dopamine.
- La dopamine fournit un signal qui incite à prendre des risques pour obtenir la récompense
- L'addiction est perçue comme un trouble de l'apprentissage et de la mémoire (plasticité cérébrale)

Les substances psychoactives : ou comment leurrer le circuit de la récompense

- Toutes les substances psychoactives agissent sur le noyau accumbens en augmentant la libération de dopamine : le message va suivre vers le cortex préfrontal : sensation de plaisir, émotion positive

- La prise de substance va générer cette envie de recommencer, cette attirance et ce plaisir

La dépendance aux substances ou TUS

- Persistance involontaire de l'usage
  - Accumulation des dommages
  - Chronicité/récurrence
  - **Craving**
  - Fondamentalement différent de l 'usage non-dépendant ou usage simple
    - Sujet non dépendant utilise une substance **par intérêt et plaisir**
    - Sujet dépendant utilise une substance **par contrainte**
- Implications
  - Trouble persistant et récurrent
  - Traitement persistant et récurrent

Le Craving

-Le craving est un terme importé des Etats-Unis, venant du verbe « to crave » qui signifie « avoir terriblement besoin », « avoir très envie », « être avide de ».

-Le craving convoque donc le désir, la pulsion, le besoin, l'envie, toujours doublé d'un caractère irrépressible et irrésistible.

-Contrairement au manque aigu survenant lors du sevrage, le craving peut persister des semaines voire des mois après l'arrêt de la substance.

-Ce symptôme fait partie des critères de la dépendance à une substance mais n'est pas pour autant obligatoire pour qualifier l'existence d'une addiction.

Les addictions : une affection à causes multiples

- Facteurs héréditaires et biologiques: tient au nombre total des récepteurs ou à un déficit des neurotransmetteurs: (A1-DRD2), (5HTT), allèles protecteurs ou de sensibilisation (ALDH) ALDH). Troubles psychiatriques d'origine génétique.

- Facteurs psychologiques: L'histoire du sujet, son développement psycho-affectif, exposition aux événements stressants.

- Facteurs sociaux sociaux-culturels: L'environnement, le milieu social, l'initiation…

La relation entre facteurs de risque et de vulnérabilité

Interaction de trois facteurs :

- facteurs de risque liés aux produits (**P**)
- facteurs individuels de vulnérabilité (**I**)
- facteurs de risque environnementaux (**E**)

Facteurs de risque liés aux produits

- **pouvoir addictogène** (dépendance et tolérance) des produits
- risque d'apparition de **complications** sanitaires, psychologiques et sociales
- **statut social** du produit

PRODUIT	DEPENDANCE PSYCHIQUE	DEPENDANCE PHYSIQUE	TOLERANCE
OPIACES			
Opium	++++	++++	++++
Morphine	++++	++++	++++
Héroïne	++++	++++	++++
STIMULANTS			
Cocaïne	++++	±	++++
HALLUCINOGENES			
LSD 25	+	0	0
Mescaline	+	0	0
Psylocibine	+	0	0
Cannabis	++	±	++

Facteurs individuels de vulnérabilité

- facteurs génétiques

- facteurs biologiques

- facteurs psychologiques

- facteurs psychiatriques

Facteurs de risques individuels

La présence de traits de personnalité

- ✓**Recherche de sensations**
- ✓**Faible évitement du danger**
- ✓**Recherche de nouveautés**

Sensibilité aux effets « plaisirs »

- ✓**Faible estime de soi**
- ✓**Réactions émotionnelles excessives**
- ✓**Difficultés relationnelles**

Sensibilité aux effets « apaisants »

ZUCKERMAN M. Cambridge University Press, 1994 ; ADES J., LEJOYEUX M. Masson, 1997 ; MASSE LC. Arch Gen Psychiatry, 1997.

Facteurs psychopathologiques

- L’existence de troubles mentaux x 2 le risque d’abus/dépendance à l’adolescence
- Le trouble mental précède l’abus/dépendance dans 2/3 des cas
- TDAH/TOP
- Trouble des conduites
- Troubles internalisés

Facteurs individuels de vulnérabilité

Tempérament:

↑ Recherche sensations
↑ Recherche nouveautés
Faible évitement du danger
Réactivité émotionnelle
Faible estime de soi
Autodépréciation
Timidité
Difficultés à faire face
Retour lent à l'équilibre après stress
Difficultés à résoudre pb interpersonnels

Facteurs neurobiologiques et génétiques

Perturbation des systèmes cérébraux

Interaction gène/environnement

Evènements de vie:

Deuil, rupture, maltraitance, abus sexuels
Absence de domicile fixe
Maladies graves

Comorbidité psychiatrique

Troubles de la personnalité:

Antisociale // Limite // Abandonnique

Troubles de l'humeur:

Dysthymies // Dépressions
Tr bipolaires

Facteurs sociaux:
W,Chômage, précarité, éclatement C familiale

Facteurs culturels
Ex : alcool en France

Facteurs liés à l'environnement

Rôle des amis
Transgression des règles
Choix du groupe:
Rôle renforçateur ou pas

Facteurs familiaux:
Habitudes de C° ou non des produits
Acceptation ou rejet
Interdits religieux
Conflits familiaux…

DEPENDANCE:

Pouvoir addictif puissant: tabac, héroïne, cocaïne

Pour une faible C°, dépendance moyenne ou forte pour 50 à 60 % des usagers

Pouvoir addictif faible: Alcool, cannabis, amphétamines

Sd de dépendance pour 10 % des usagers

Facteurs de risque liés au produits

Statut social du produit

- **Licite:** acceptation sociale de l'alcool et du tabac
- **Illicite:** héroïne, crack, cocaïne >> Marginalisation, désocialisation, délinquance

Risque de complications somatiques, psycho- et sociales

Facteurs de protection

- Facteurs impliqués dans la résilience (protection malgré FDR)

  - Sexe féminin
  - Niveau socio-culturel élevé
  - Investissement/compétence/réussite scolaire
  - Efficience verbale
  - Relation privilégiée/ famille ou pairs, habiletés sociales
  - Estime de soi/ sentiment d’efficacité
  - Capacités de régulations d’affects/ résolution de problèmes
  - Cohésion familiale
  - Sanctions familiales /usage

2 types d’addictions

- Les addictions à des substances psychoactives

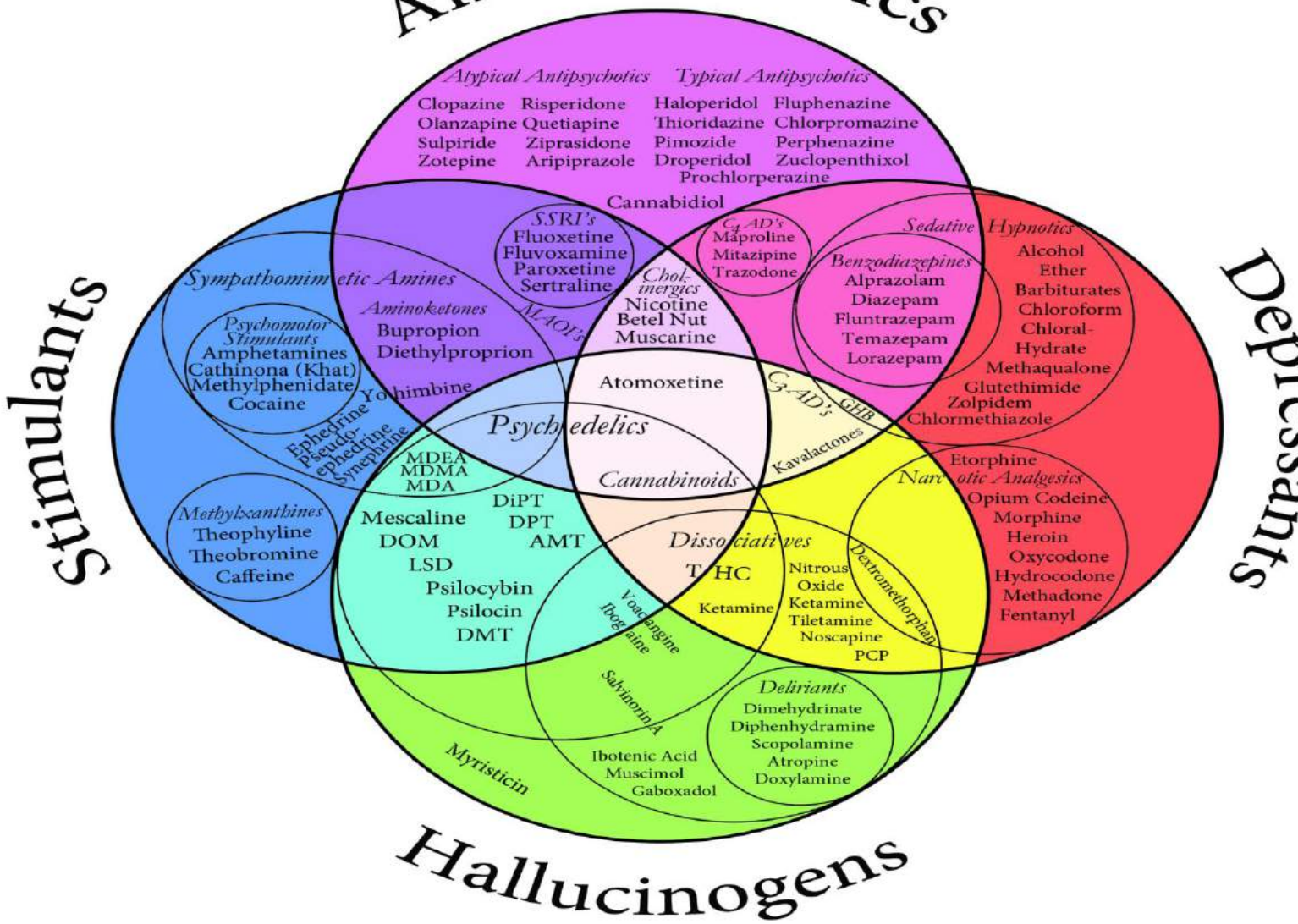
- Les addictions comportementales ou sans produit

LES PRODUITS PSYCHOACTIFS

LES STIMULANTS

LES DEPRESSEURS

LES PERTURBATEURS DU SNC

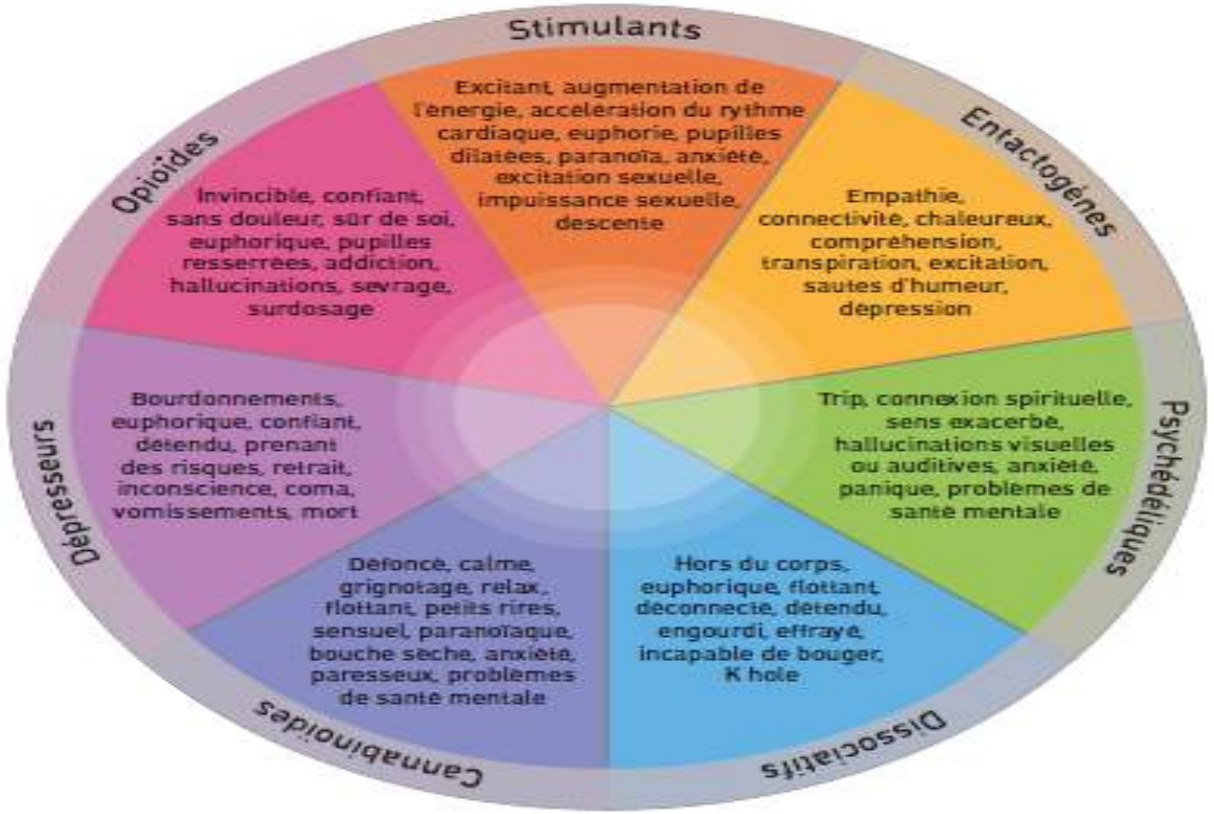

Anti-Psychotics
Stimulants
Depressants
Hallucinogens
Atypical Antipsychotics
Typical Antipsychotics
Clopazine
Olanzapine
Sulpiride
Zotepine
Risperidone
Quetiapine
Ziprasidone
Aripiprazole
Haloperidol
Thioridazine
Pimozide
Droperidol
Fluphenazine
Chlorpromazine
Perphenazine
Zuclopenthixol
Prochlorperazine
Cannabidiol
SSRI's
Fluoxetine
Fluvoxamine
Paroxetine
Sertraline
TCAD's
Maproline
Mitazipine
Trazodone
Sedative Hypnotics
Benzodiazepines
Alprazolam
Diazepam
Fluntrazepam
Temazepam
Lorazepam
Alcohol
Ether
Barbiturates
Chloroform
Chloral-Hydrate
Methaqualone
Glutethimide
Zolpidem
Chlormethiazole
Sympathomimetic Amines
Aminoketones
Bupropion
Diethylproprion
MAOI's
Psychomotor Stimulants
Amphetamines
Cathinona (Khat)
Methylphenidate
Cocaine
Yohimbine
Ephedrine
Pseudo-ephedrine
Synephrine
Cholinergics
Nicotine
Betel Nut
Muscarine
Atomoxetine
Psychedelics
Cannabinoids
TCAD's
GHB
Kavalactones
MDEA
MDMA
MDA
DiPT
DPT
AMT
Mescaline
DOM
LSD
Psilocybin
Psilocin
DMT
Methylxanthines
Theophyline
Theobromine
Caffeine
Dissociatives
THC
Ketamine
Nitrous Oxide
Ketamine
Tiletamine
Noscapine
PCP
Dextromethorphan
Narcotic Analgesics
Etorphine
Opium Codeine
Morphine
Heroin
Oxycodone
Hydrocodone
Methadone
Fentanyl
Voacangine
Ibogaine
Salvinorin A
Deliriants
Dimehydrinate
Diphenhydramine
Scopolamine
Atropine
Doxylamine
Myristicin
Ibotenic Acid
Muscimol
Gaboxadol

Supports accompagnement discours sur les effets

The Drugs Wheel

Nouvelle ère des drogues
Effets par catégorie

[version 2.0 fr/be - 08/07/2018]



Modifié par Modus Vivendi • https://www.modusvivendi-be.org

N'est pas destiné à un usage commercial: www.thedrugswheel.com pour informations et autorisation d'utilisation.

The Drugs Wheel by Mark Adlaf is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 Unported License. Permissions beyond the scope of this license may be available by contacting mark@thedrugswheel.com.

Designed in collaboration with DrugWatch, an informal association of charities, organisations and individuals who share an interest in establishing a robust early warning system in the UK for all types of drugs.

DrugWatch

The Drugs Wheel

A new model for substance awareness

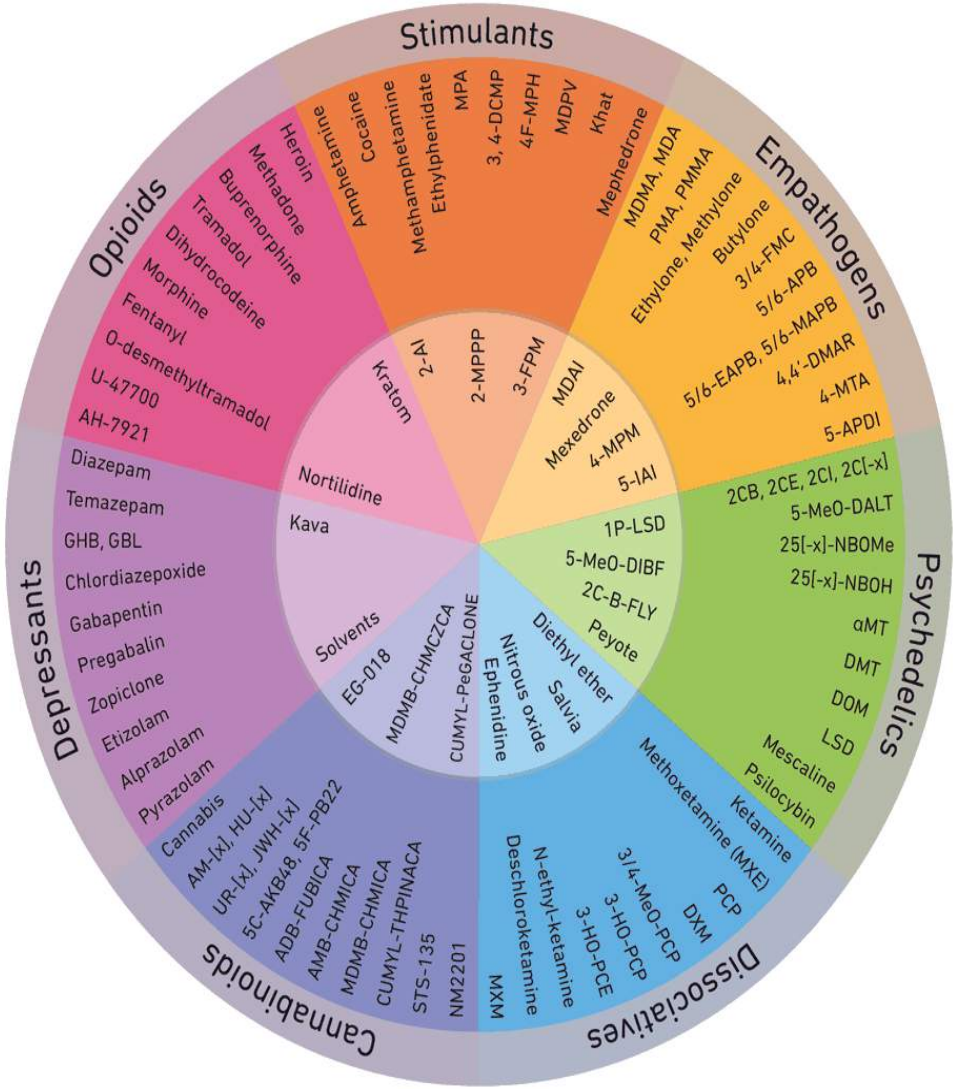
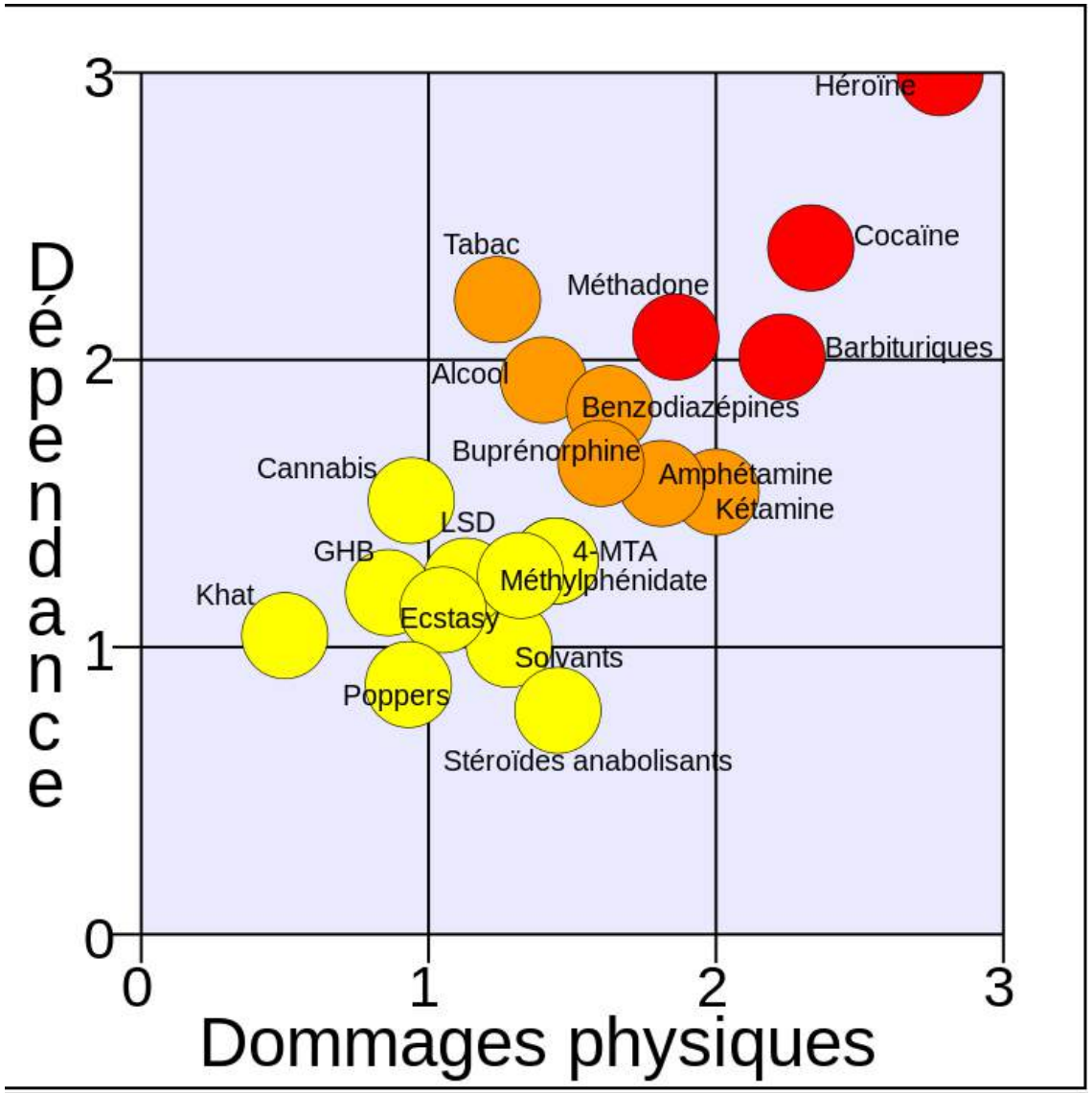


FIGURE 4 Notes pondérées de la nocivité des drogues

Source: Ce graphique s'appuie sur la modélisation scientifique élaborée par David Nutt et al. (Nutt, D. J., King, L. A. et Phillips, L. D. (2010) Drug harms in the UK : a multicriteria decision analysis. The Lancet, 376(9752), p. 1558–1565. doi : 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.) et leur évaluation des différents degrés de nocivité des drogues consommées à des fins récréatives au Royaume-Uni, selon l'analyse de décision multicritère.



Autre classification. Source du 24 mars 2007 article: Nutt, David, Leslie A King, William Saulsbury, Colin Blakemore. « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse »" The Lancet 2007; 369:1047-1053[9].

LES STIMULANTS

Centre Régional Psychotraumatisme Sud Aquitaine

COCAÏNE

Mode d’administration

Nasal

Hydrochloride de cocaïne (poudre blanche, poudre de cocaïne)

Inhalation

Base : poudre de cocaïne + amoniac ou bicarbonate
Crack : poudre de cocaïne + bicarbonate + eau = précipitation de cristaux

Injection

hydrochloride de cocaine (cocaïne)
hydrochloride de cocaïne + héroïne (Speedball)

COCAÏNE

En augmentation, diffusion dans différents publics

Pénétration forte

- Cadres entreprises américaines
- Public jeune
- Usagers de drogues précaires

Effets

- Euphorisant
- Excitant
- A la fin : « flipper »
- Très court (1h30)
- Accoutumance rapide

Bon usage

- Possible?
- Exemple: Freud

Mésusage

- Doses élevées
- Continu
- Pour rester efficace
- Contre le stress et la dépression

Travail

- Mauvaise évaluation des risques
- Irritabilité

Amphétamines et dérivés (XTC)

Amphétamines:

Effets
- Stimulant intellectuel et physique
- Rester éveillé
- Anorexigène
- Impression de toute puissance
- Risques cardiaques/neurologique

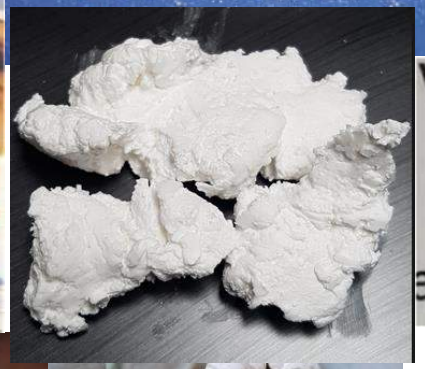
Bon usage
- Ponctuel
- Psycho stimulant

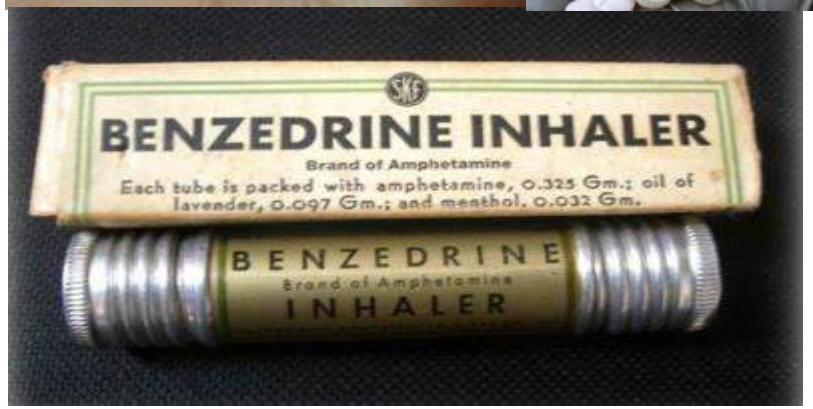
Mésusage
- Pour étudier
- Comme anorexigène
- Stress et dépression
- En continu

Loi:
- Vente sur prescription uniquement

Travail (Dangers)
- Prises de risques
- Distorsions cognitives
  - Impression fausse de mémoriser ou de maîtriser la situation

Fort utilisés dans les pays anglo-saxons,
peu dans les pays latins





Amphétamines *(amphétamines, speed , méthamphétamine, tina)*

- 15-20 € le g
- Prod Europe Est
- Coupe faim, fatigue
- Descente
- anorexigène, hyperactivité, tachycardie, troubles psychiques (dont psychose amphétaminique),

Méthamphétamine
+ puissante / + cher à l'achat

Captagon
Ortenal

Importance de la voie de consommation

Amphétamines et dérivés (XTC)

- **Ecstasy, XTC:**
  - **Effets**
    - Augmentation des sensations
    - Désinhibition sociale
    - Absence de sensation de fatigue
    - Parfois agitations paroxystiques (XTC)
    - Tachycardies mortelles avec hyperthermie et déhydratation

Bon usage et mésusage:
Pas assez de recul
XTC et destruction neuronale?
XTC et qualité du produit

Travail
Les lundis qui déchantent (absentéisme)

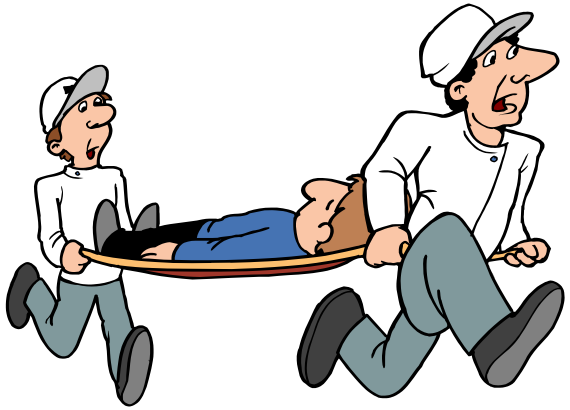
Amphétamines et dérivés (XTC)

Intoxication

1. Critères généraux
2. Au moins 2 signes:
   - Tachycardie ou bradycardie
   - Dilatation pupillaire
   - Augmentation ou diminution tension artérielle
   - Transpiration ou frisson
   - Perte de poids
   - Agitation ou ralentissement
   - Faiblesse musculaire, dépression respiratoire
   - Confusion, crises convulsives, dyskinésie, coma

Sevrage

1. Critères généraux
2. Humeur dysphorique
3. Au moins 2 signes
   - Fatigue
   - Rêves intenses ou déplaisants
   - Insomnie ou hypersomnie
   - Augmentation appétit
   - Agitation ou ralentissement



(560,84 mg/ **275 mg**)

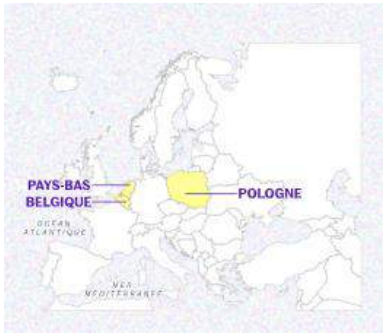
MDMA

Un laboratoire de fabrication de MDMA à Eindhoven, aux Pays-Bas, en avril 2016 (ROBIN VAN LONKHUIJSEN / AFP . Le Monde

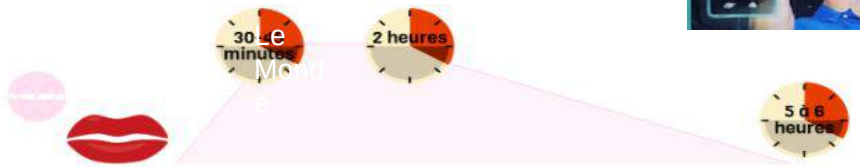
3,4-méthylène-dioxy-Nméthylamphétamine
Stimulant, hallucinogène à doses + (200mg) Famille des amphétamines

1,3 mg/kg/féminin
1,5 mg/kg/masculin

10 € (dégressif) - 50€
Per os, sniff, injection, fumé
Empathogène, entactogène
Syndrome sérotoninergique
Masse et teneur en pa



DRAMES 2015-2017 2% des décès



Cathinones

-Principe actif du Khat

-Méphédrone, 3MMC, 4MEC, α PVP, MDPV....

-Ingérée (parachute), sniffée, injectée, pluggée

-Stimulants entactogènes, empathogènes

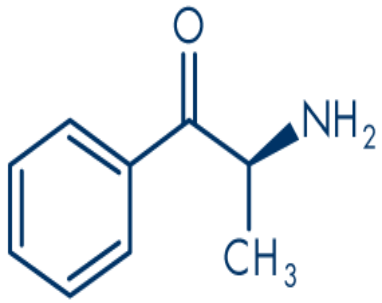
-Risque neuro, psychiatrique, cardiaque, déshydratation, musculaire, hépatite aigues…

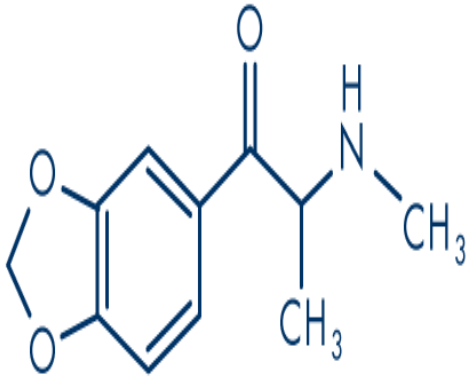
-Attention aux mélanges: autres psychostimulants, alcool, ritonavir, certains antidépresseurs

-Attention dosages alpha PVP, MDPV…

Cathinones substituées

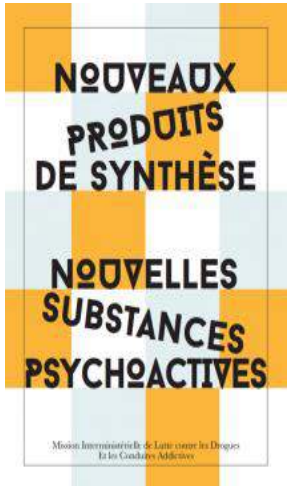
« Les cathinones de synthèse sont apparentées à la molécule-mère cathinone, l'un des principes psychoactifs du khat (Catha edulis Forsk). Les dérivés de la cathinone sont les β-céto (βc) analogues d'une ***phénéthylamine*** *correspondante. Le groupe comprend plusieurs substances qui ont été utilisées en tant que principes pharmaceutiques actifs médicamenteux, par exemple, l'amfépramone (diéthylpropion) »* (EMCDDA)





Méthcathinone (éphédrone)

Cathinones substituées



LES CATHINONES SUBSTITUÉES

17

STRUCTURE CHIMIQUE : FAMILLE DE PLUS DE 100 COMPOSANTS

- Chef de file naturel : cathinone extraite du Khat
- Chef de file des dérivés synthétiques : la méphédrone
- Représentants les plus populaires : MDPV, 4-MEC, méphédrone, PVP, méthylone, 3-MMC

AUTRES DÉNOMINATIONS :

- « Sels de bain », « substances fertilisantes », «produits chimiques destinés à la recherche», NRG1, 2 ou 3, Top Cat, subcoca-1, M-Cat, Meow meow, etc

VOIE D'ADMINISTRATION PRIVILÉGIÉE :

- Orale, intranasale

PHARMACOLOGIE :

- Augmentation de la concentration synaptique des neuromédiateurs (dopamine +++, sérotonine +++, noradrénaline +), quantitativement variable d'une cathinone substituée à l'autre.

EFFETS RECHERCHÉS :

- Euphorie, intensification des sensations, stimulation mentale
- Augmentation de la sociabilité, empathie
- Excitation sexuelle

EFFETS COMPORTEMENTAUX NON RECHERCHÉS :

- **Agitation chez plus de 50 % des usagers admis aux urgences**
- **Insomnie, anxiété**
- **Confusion, attaque de panique, hallucinations**
- **Comportement violent et agressif**
- **Idées suicidaires, automutilation**

SIGNES PHYSIQUES D'INTOXICATION :

- **Mydriase, vision floue**
- **Tachycardie, palpitations, arythmie, pression artérielle majorée…**
- **Extrémités froides et bleutées**
- **Bruxisme, perte d'appétit, nausées, vomissements**
- **Douleurs thoraciques, maux de tête, convulsions**
- **Hyperthermie, diaphorèse, déshydratation**

EFFETS TOXIQUES SÉVÈRES :

- **Hyponatrémie, acidose, hypo/hyperkaliémie**
- **Rhabdomyolyse**
- **Collapsus cardiorespiratoire, infarctus du myocarde**
- **Coagulation intravasculaire disséminée**
- **Œdème cérébral, insuffisance rénale, défaillance multi viscérale**

POTENTIELLEMENT MORTELLES

Intoxication aiguë aux psychostimulants

-Signes psycho-comportementaux

-Phase d'excitation psychique et motrice
  -logorrhée, hyper-vigilance, euphorie
  -diminution de la sensation de fatigue
  -idées de grandeur +/-délirantes (interprétations, hallucinations)
-Phase dépressive dans un 2e temps (= redescente)

-Signes somatiques

-Flash : excitation physique intense
-Tremblements, tachycardie, HTA et vasoconstriction (effets adrénergiques)
-Hyper puis hypoventilation
-Anorexie et insomnie
-Convulsion

Complications

-Sociales++

-Psychiatriques

-Mise en danger (conduites sexuelles à risque)
-Fureur cocaïnique (et troubles du comportement avec OH)
-Épisode paranoïde aigu
-À long terme : syndrome amotivationnel, troubles concentration, dépression

-Somatiques

-Cardiovasculaires
IDM, myocardite aigue, HTA,

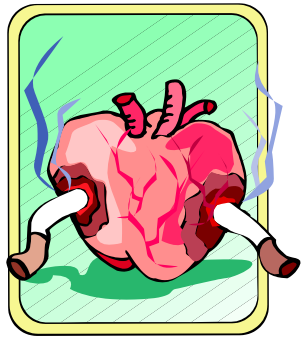
-Neurologiques
Convulsions
AVC

-Métabolique
Rhabdomyolyse

-Respiratoires
Nombreuses, dont barotraumatisme,

-ORL
Lésion de la cloison nasal
sinusite

Tabac et nicotine



-Effets

Vasoconstricteur
Décharge d'adrénaline
Immédiat
Courte durée (1h 30)

-Usage

Stimulant intellectuel

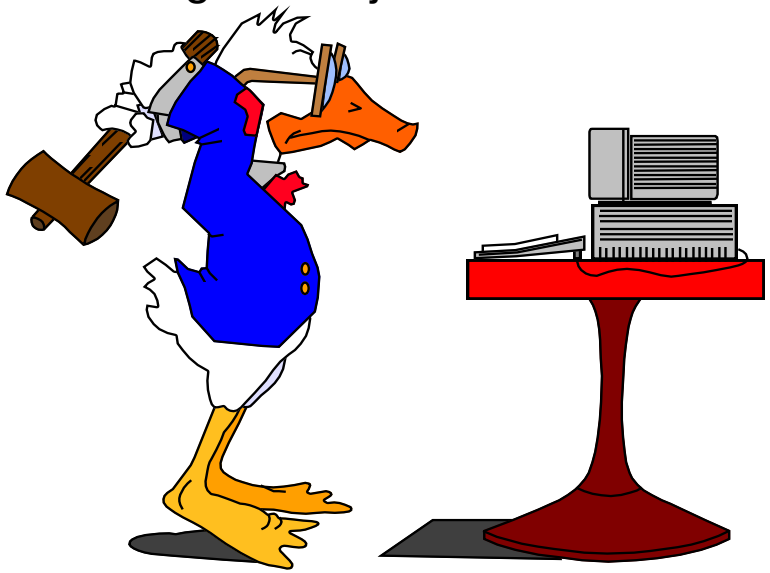
-Mésusage

-Le tabac n'améliore pas les contacts humains
-Fumer quand on a froid va augmenter la sensation de froid
-Drogue dure (inhalation, effet immédiat, dépendance forte, adjuvants)
-Cancérigène
-Grossesse et petits poids
-Palpitations, acidité gastrique, HTA,…

Tabac et nicotine

Dépendance

-Fumer en se levant ou quasi
-Ne pas tenir plus de 2 heures
+ 10 cigarettes/jour



Sevrage

1. Critères généraux
2. Au moins 4 signes dans les 24h
   - Humeur dysphorique
   - Insomnie
   - Irritabilité, frustration, colère
   - Anxiété
   - Difficultés de concentration
   - Fébrilité
   - Diminution du rythme cardiaque
   - Augmentation de l'appétit ou prise de poids

Nicotine: autres formes

Interdit en France depuis 1992

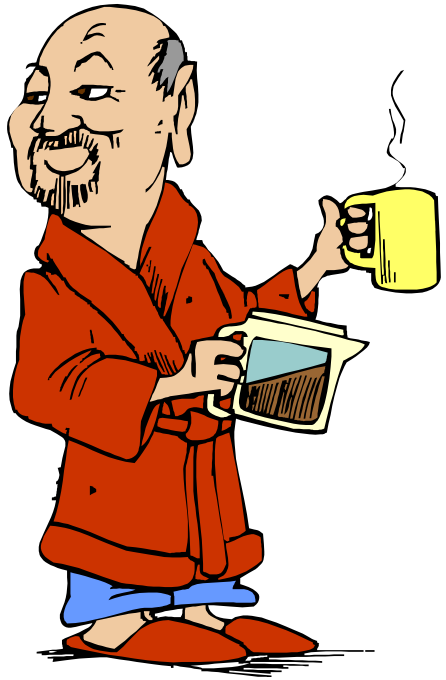
C'EST QUOI LA DIFFÉRENCE ?

SNUS	POUCHE
Interdit depuis 1992 dans l'UE sauf en Suède	Légal dans l'UE
Fabriqué à partir de tabac	Fabriqué à partir de fibre végétale et de nicotine cristallisée
Un sachet équivaut à 2 cigarettes	Un sachet (selon les dosages) peut délivré l'équivalent de 6 cigarettes
Entre 6 à 12mg de nicotine / sachet	Entre 0 et 20mg de nicotine/sachet

Source Ithaque.org

Caféine et assimilés

- Café
- Thé
- Coca-Cola
- Chocolat, cacao
- Redbull



- **Usage**
  - Stimulant intellectuel et physique

- **Mésusage**
  - Ne déstresse pas, au contraire
  - Tremblements
  - Tachycardie
  - Irritation estomac
  - Insomnie
  - Anxiété

  - Café+sucre=> dépendance+

LES PERTURBATEURS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

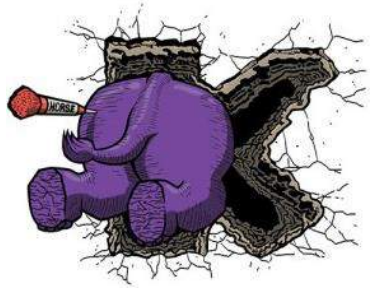
Centre Régional Psychotraumatisme Sud Aquitaine

Le LSD, Acid, Pink Jesus, L, sugar, …

- Pharmacologie
  - Anesthésique et le plus puissant des hallucinogènes (20µgr)
  - Début : 30-40 min
  - Durée: 6-12 heures
- Présentation
  - Incolore, inodore, Papier buvard, timbre, morceau de sucre
- Effets
  - Personne et environnement dépendant
  - Hallucinations visuelles et auditives
  - Fièvre, tachycardie, HTA, mydriase
  - Risque: psychose toxique, Flash back
- Mauvais trip: calmer isoler, éventuellement neuropeptique

La Kétamine

- *Ké, kéta, ké cristaux/al*
- Anesthésique humain/véto
- Imaginaire animal/Origine géographique
- Poudre/cuisine
- Dose dépendant, hallucinogène dissociatif ++
- Différents types de prise
- **Aigus** : désorientation, hallucinations, euphorie
- **Surdose** : anxiété, angoisses, confusion, accident, mis en danger, chute, tentative suicide
- Espace festif +++
- Alcool = nauséss, vomissements
- 60 € le g
- En snif, injecté IM(IV rare),
- Effets de *« courte »* durée, abs de descente

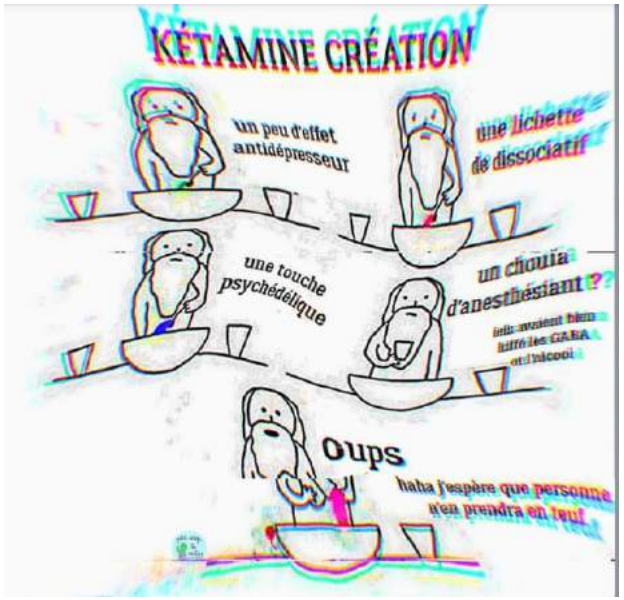


Kétamine

« Bonne mine »

Dissociatif

Détection urine: 3 à 5 jours

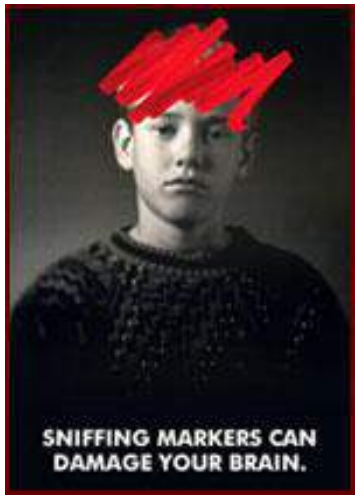


Les champignons

- Nom
  - champignons magiques, mush, champs
- Pharmacologie
  - Psilocybine = famille chimique du LSD
- Administration
  - Orale, sous forme de thé
- Effets
  - Bon trip (euphorie, troubles visuels, hallucinations, distorsion temporo-spaciale…)
  - Mauvais trip (anxiété, peur, illusions terrifiantes,…)

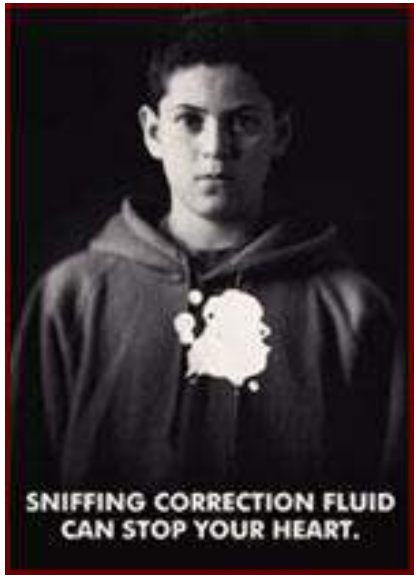
Les inhalants

- Utilisés par les jeunes
- Beaucoup de produits accessibles
  - Solvants
    - Colles, essences, liquide correcteur, …
  - Gaz
    - Butane des briquets, sprays, éther,
    - Dérivés nitrés (Poppers)
      - Associé à l'ecstasy
      - Rush euphorisant puissant
      - Vasodilatation et relaxation des muscles lisses



Les inhalants

- Inhalation (dans un sac en plastique, ballon)
- Durée brève
- Modification perception environnement
- Excitation, illusions
- Dépendance psychologique
- Effets secondaire
  - Arythmie cardiaque,
  - Irritation bronchique,
  - Oedème cérébral et pulmonaire
  - Intoxication au plomb

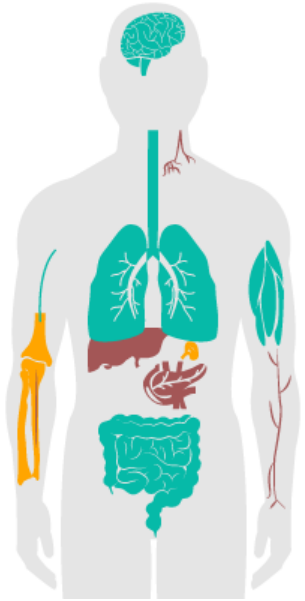


Protoxyde d’Azote (Gaz hilarant)

- Bonbonne sous pression, craquer et consommer dans ballon par voie respiratoire
- Effet euphorisant, anesthésique et analgésique
- Risque court terme: nausée vomissement ,vertige chute asphyxie, arrêt cardiaque, brûlure et long terme trouble neurologique

Cannabis
Δ9-tetrahydrocannabinol

- Agoniste partiel des récepteurs CB1 et CB2 (Lucas 2018)
- Demi vie : 22h
- Très psychoactif : euphorie, troubles cognitifs aigus et chroniques, sédation, effet dissociatif…



LOCALISATION DES RECEPTEURS DU SYSTEME ENDOCANNABINOIDE

CB1 :

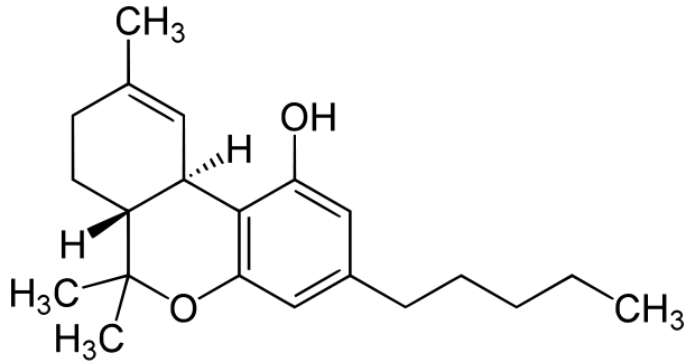
- Cerveau
- Moelle épinière
- Poumons
- Système cardiovasculaire
- Muscles
- Système digestif
- Appareils génitaux

CB1 & CB2 :

- Rate
- Peau
- Os

CB2 :

- Système lymphatique
- Foie
- Moelle osseuse
- Pancréas



Le Cannabis

- **Usage**
  - Anxiolytique
  - Relaxant
  - Parfois psychédélique

- **Mésusage**
  - Plusieurs fois par jour
  - Pour traiter l'anxiété
  - Cannabis+tabac = dépendance +++
  - Si mauvaise expérience (psychotique) dans le passé
- Effet sur le travail:
  - Démotivation, indifférence
  - Manque de concentration

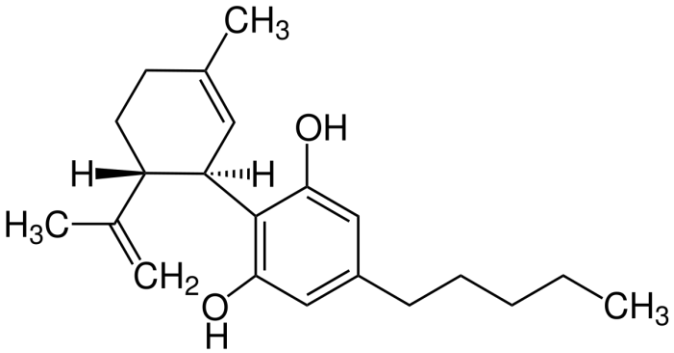
Usage médical

Antiémétique (traitement des effets secondaires des chimiothérapies lors de cancers)
Douleurs chroniques (arthrose)?
Autre?

Cannabidiol / CBD

- 2e cannabinoide le plus présent dans le cannabis
- Propriétés pharmacodynamiques (Lucas 2018, Britch 2022)
  - Modulateur du système endocannabinoïde : antagoniste faible de CB1 (Chye 2019)
  - Agoniste sérotoninergique via les récepteurs 5-HT1a (Linge 2016)
  - Modulateur allostérique des récepteurs aux opiacés μ et δ (Kathmann 2006)
  - Modulateur allostérique positif GABA (Bakas 2017)

  - Per os
    - Biodisponibilité en poudre 6%
    - Jusqu'à 4 fois plus important si gélule avec huile (Crippa 2022)
    - Pic plasmatique 3-6h
  - Sublingual
    - Biodisponibilité 25% ?
    - Pic plasmatique 2h
  - Inhalé
    - Biodisponibilité 31%
    - Pic plasmatique 3-10 min
  - Demi-vie d'élimination : 24 - 31 h



Interactions THC et CBD

- Modulation du métabolisme du THC par le CBD ?
  - Augmentation du pic plasmatique du THC chez 18 volontaires sains (Zamaripa 2023)
  - Diminution du pic THC sérique et de ses effets négatifs chez 159 usagers de cannabis (Gibson 2022)

- Modulation des effets du THC par le CBD ? (Freeman 2019)
  - Réduction de l'anxiété et des symptômes pseudo-psychotiques ?
  - Diminution des troubles cognitifs (déficit attentionnel, trouble de la mémoire épisodique et verbale…) ?
  - Diminution de la baisse des performances de psychomotricité sous THC ?
  - Résultats contradictoires

Cannabinoïdes de synthèse

•Agonistes des récepteurs cannabinoïdes endogènes

•Développés sur 40 dernières années comme agents thérapeutiques potentiels (ttt douleur mais effets psychoactifs non désirés)

•Présence forums +++ mais moins vus IRL

•Sept groupes structuraux principaux :

1. Les naphthoylindoles (par exemple JWH-018, JWH-073 et JWH-398)
2. Les naphthylméthylindoles
3. Les naphthoylpyrroles
4. Les naphthylméthylindènes
5. Les phénylacétylindoles (c'est à dire les benzoylindoles, par exemple JWH-250)
6. Les cyclohexylphénols (par exemple CP 47,497 et les homologues de CP 47,497)
7. Les cannabinoïdes classiques (par exemple HU-210)

•Multitudes de présentation

•Absence d’info compositions Blend (ATTENTION)

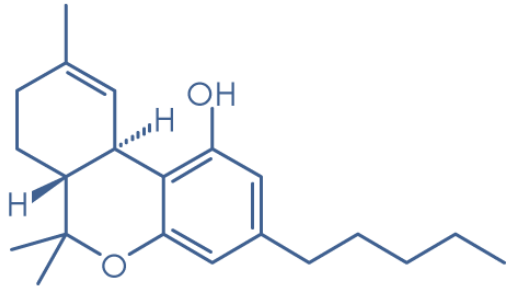
•Variations ++++ dans effets

•Hallucinogènes

•Overdose

•Syndrome cannabinoïde (ou hyperémèse cannabique, ou syndrome d'hyperémèse cannabinoïde) cf phytocannabinoïdes

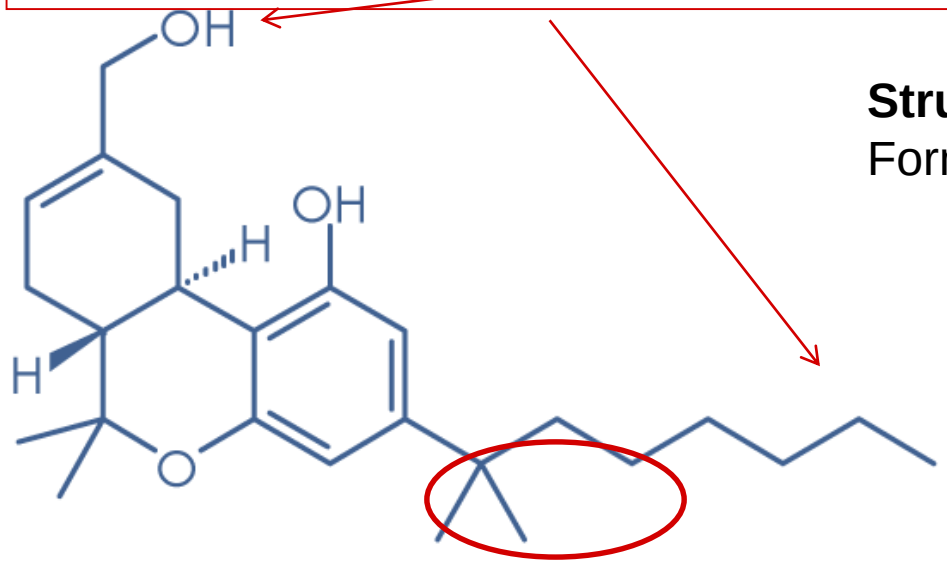
Cannabinoïdes de synthèse



Structure moléculaire: Δ⁹-THC
Formule moléculaire: $C_{21}H_{30}O_2$

CANNABINOÏDES	
FUB-AKB48	IN STOCK
MAB-CHMINACA	IN STOCK
MMB-CHMINACA	IN STOCK
AMB-FUBINACA	IN STOCK
MÉLANGES D'ENCENS	IN STOCK
AB-CHMINACA	OUT OF STOCK

Cannabinoïdes de synthèse = agissent sur mêmes récepteurs



Structure moléculaire: HU-210
Formule moléculaire: $C_{25}H_{38}O_3$

MDMB-CHMCZCA

Intoxication aiguë= ivresse cannabique

- Signes psycho-comportementaux
  - Euphorie et désinhibition
  - Troubles de la mémoire et de l'attention
  - Distorsions subjectives du temps et de l'espace
  - Hallucination, déréalisation, dépersonnalisation
  - Altération des performances psychomotrices
- Signes physiques
  - injection conjonctivale, céphalées
  - vomissements, tachycardie, dyspnée, augmentation appétit, sécheresse buccale
- Autres formes d'intoxication aigue :
  - Psychose cannabique aiguë
  - «Bad trip» : crise d'angoisse, malaise

Intoxication chronique

- Complications somatiques
  - Bradycardie et hypotension artérielle
  - Décompensation asthmatique, bronchite chronique, BPCO
  - Cancer VADS (1 joints = 5 cigarettes d'un point de vue cancérologique)
  - RCIU, malformation fœtale

- Complications psychiatriques
  - Dépendance psychique fréquente
  - Peu de dépendance physique
  - Dépression secondaire ++
  - Syndrome de dépersonnalisation avec attaques de panique
  - Syndrome amotivationnel ++
    - Déficit de l'activité professionnelle ou scolaire, perte d'intérêt généralisée
    - Apathie
    - Fatigabilité importante, perte d'énergie
    - Troubles de la concentration chroniques
  - Troubles cognitifs

IMPORTANT

LES EFFETS

UNE SEULE TAFFE PEUT SUFFIRE

LES EFFETS ARRIVENT INSTANTANÉMENT OU EN QUELQUES SECONDES

DURÉE : 20/30 MINUTES

ILS SONT BIEN PLUS INTENSES QUE CEUX DE LA WEED

- VERTIGES
- TROUBLES DE LA VISION
- MALAISES / ÉVANOUISSEMENTS
- VOMISSEMENTS
- GRANDE FATIGUE

SELON LES TÉMOIGNAGES, LES EFFETS SONT PLUS OU MOINS INTENSES. ACTUELLEMENT, LES EFFETS À LONG TERME NE SONT PAS BIEN CONNUS.

LES TÉMOIGNAGES ONT MONTRÉ QUE LE CANNABINOÏDE DE SYNTHÈSE PEUT ÊTRE RÉPARTI N'IMPORTE COMMENT DANS UN MÊME POCHON : DES TÊTES SONT "NORMALES", D'AUTRES SONT ULTRA-FORTES. SOYEZ VIGILANT·E·S !

VERSION DU 22/01/2021

SI ÇA T'ARRIVE / RDR

#boncourage

QUELQUES CONSEILS

- TU SENS DES EFFETS ÉTRANGES ? EXPRIME-LE ET DEMANDE DE L'AIDE
- SI TU ES SEUL·E, ESSAYE DE CONTACTER QUELQU'UN DE CONFIANCE
- ASSIEDS-TOI / ALLONGE-TOI SUR LE COTÉ
- SI TU DOIS VOMIR, VOMIS
- RAPPELLE-TOI QUE LES EFFETS VONT S'ESTOMPER (ENV. 20/30 MIN. SI C'EST BIEN DÛ À UN CANNABINOÏDE DE SYNTHÈSE)
- BOIS DE L'EAU
- TANT QUE TU ES SEUL·E, ESSAYE DE NE PAS T'ASSOUPIR. SI TU NE PEUX PAS RÉ-SISTER, METS-TOI SUR LE CÔTÉ #autoPLS
- TU UTILISES UN BANG / PIPE À EAU ? CONTRÔLER LA DOSE EST DIFFICILE, SOIS D'AUTANT PLUS VIGILANT·E
- CONSERVE LE CANNABIS ET CONTACTE-NOUS POUR LE FAIRE ANALYSER

KS KEEPSMILING

LES DEPRESSEURS

Centre Régional Psychotraumatisme Sud Aquitaine

Les opiacés/opïoides

- Opium
- Héroïne
- Médicaments
  - Morphine
  - Codéine
  - Méthadone
  - Fentanyl
  - Oxycodone
  - Tramadol
  - BHD

- Effets
  - *Primaires*
    - Calmants => narcotiques
    - Antidouleurs puissants
    - Bien-être => euphorie
  - *Secondaires*
    - Constipation
    - Nausée
    - À la fin de l'effet:

      Réveil des récepteurs nociceptifs

Les opiacés/opïoides

- **Bon usage**
  - Médical
  - Ponctuel
  - Antidouleur
  - Traitements de substitution
  - **Mésusage**
    - Régulier
    - Injection, inhalation
    - Purifié (héroïne)
- Travail
  - Intoxication aux antitussifs
  - Traitement sous méthadone
    - Durée d'action > 24h
    - Moins euphorisant, mais quand même => tests d'aptitudes pour postes à risques
    - Légal

Intoxication aigüe

- Plaisir intense, «flash»
- Puis état stuporeux avec somnolence et repli
- Signes somatiques
  - Myosis
  - Dépression du SNC (bradycardie, bradypnée, hypoTA, hypothermie)
  - Overdose pouvant mené au DC réversible avec la naloxone (Prénoxad®, Nixoïd®, Ventizolve®)

Autres Complications

- Infectieuses/ IV
  - VIH,Hepatites B,C
  - Tétanos
  - Endocardite, septicémie
  - Candidose systémique
  - Abcès cutané, cellulite, lymphangite
  - Embolie septique avec localisation secondaire articulaire, cérébrale
- Vasculaire
  - Phébite
  - Embolie pulmonair
- ORL si sniff
- Gynéco-obstétrical
- Psychiatrique: hallucination
- Social désinsertion

Alcool

- **Effets**
  - Euphorisant
  - Anxiolytique
  - Légèrement stimulant à petite dose
  - Baisse mémorisation
  - Réflexes et douleurs diminués
  - Dépression à haute dose

- **Idées fausses**
  - L’alcool n’hydrate pas
  - L’alcool ne réchauffe pas
  - L’alcool n’est pas un carburant
  - L’alcool n’est pas un somnifère

Alcool

- <u>Bon usage</u>
  - En petites quantités
  - Récréatif (fêtes)
  - Détente (apéritif)

- <u>Mésusage</u>
  - Somnifère
  - Stimulant intellectuel
  - Anxiolytique
  - Antidépresseur
  - Remontant
  - Pour étancher la soif
  - En quantité exagérée

Intoxication aigüe à l'alcool

- *Forme «simple»*

  - **Phase infra-clinique(<0,7 g/L): réponses inadaptées, altérations cognitives et de la précision des gestes**
  - **Phase d'excitation psychomotrice(0,7-1,5 g/L)**
  - **Phase d'incoordination(1,5-2 g/L) : dysarthrie, incohérence des propos, sd cérébelleux et vestibulaire, participation affective**
  - **Phase d'ivresse comateuse(> 3 g/L) : mydriase aréactive, hypoTA, hypothermie, risque de collapsus cardio-vasculaire**

Intoxication chronique

- Aspect
  - Visage congestionné, télangiectasies
  - conjonctives ictériques, oedème palpébral inférieur
- Tremblements
  - labio-lingaux et des extrémités
- Troubles subjectifs
  - Digestifs: anorexie, amaigrissement
  - Nerveux: irritabilité, insomnie
  - Moteurs: fatigabilité, douleurs musculaires
- Biologie
  - ↑ VGM, Transaminases (ASAT, ALAT), GGT

Complications de l’alcoolisme chronique

- Hépato-gastro-entéro
  - Stéatose hépatique (20-50%)
  - Hépatite alcoolique aigue
  - Fibrose hépatique et HTPortale
  - Cirrhose (10-30%)
  - Pancréatite aiguë ou chronique
  - RGO, oesophagite, gastrite

  => Environ 7000 décès/an par cirrhose
- Cancéro: Elévation de l’incidence de certains cancers sous l’effet de l’alcool :
  - Pharynx et larynx
  - OEsophage
  - Foie (via cirrhose)
  - Sein
  - Discutée pour le colon

Complications de l’alcoolisme chronique (2)

- **Neurologie**
  - Crises épileptiques (d’intoxication chronique ou de sevrage)
  - Myopathies chroniques (faiblesse proximale)
  - Neuropathies
  - Démence alcoolique, troubles cognitifs et encéphalopathies
    - Atrophie cortico-sous-corticale, cérebelleuse
    - Sd de Marchiafava-Bignami: Démence par nécrose du corps calleux et de la SB frontal
    - Syndrome de Gayet-Wernicke (urgence médicale)
    - Syndrome de Korsakoff
- **Cardiologique:** HTA trouble du rythme, AVC, cardiomyopathie, mort subite
- **Psychiatrie**
  - Episodes dépressifs
  - Risque suicidaire
  - Trouble du caractère et du comportement
  - Pathologie du sevrage (delirium tremens)
  - Délires alcooliques chroniques
    - Hallucinose des buveurs de Wernicke (hallucination acoustico verbale, persécution)
    - Délire paranoïaque

GHB/GBL

- GBL solvant utilisé comme décapant
- GBL précurseur du GHB (utilisé comme anesthésiant)
- Dépresseur SNC, euphorisant amnésiant
- Liquide, voie orale
- Effets recherchés: relaxant, désinhibant, euphorisant
- Attention au dosage
- surdose G-hole: coma, convulsion, DC

Pour résumer: risques ou dommages

	Accidents	Troubles du comportement	Risques sanitaires	Risques psychologiques	Risques sociaux
tabac	+ incendie	**0**	+++	+ dépression lors du sevrage	+ tabagisme passif
alcool	+++	+++ violence	+++	++ dépression, tb. relationnels, tb. cognitifs	+++ désinsertion, pb. judiciaires
cannabis	++	+ anxiété, délire, agressivité	+	++ tb. attention et mémoire, manque de motivation	++
héroïne	?	++ lors du sevrage	+++	++ dépression	+++
cocaïne	?	++ agitation, agressivité	++	+++ anxiété, dépression, délire, désintérêt	+++
anxiolytiques (BZD)	++	+ désinhibition, agressivité	+	+ tb. attention et mémoire	+

ET LE SUCRE ?…

L'addiction au sucre

LE CERCLE VICIEUX

1. Tu manges du sucre

TU AIMES ÇA, TU EN RÊVE

2. Pic du niveau de sucre dans le sang

LA DOPAMINE EST LIBÉRÉE DANS LE CERVEAU – ADDICTION

L'INSULINE SÉCRÉTÉE BAISSE LE NIVEAU DE SUCRE DANS LE SANG

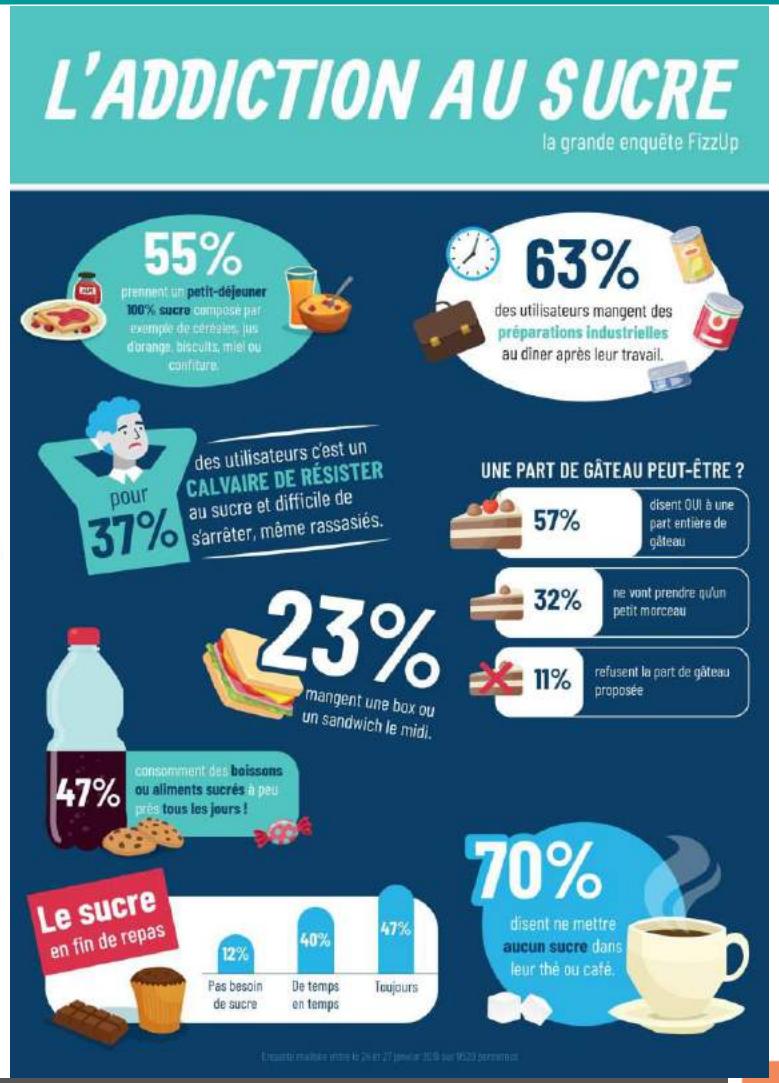
3. Pulsion due au niveau de sucre dans le sang

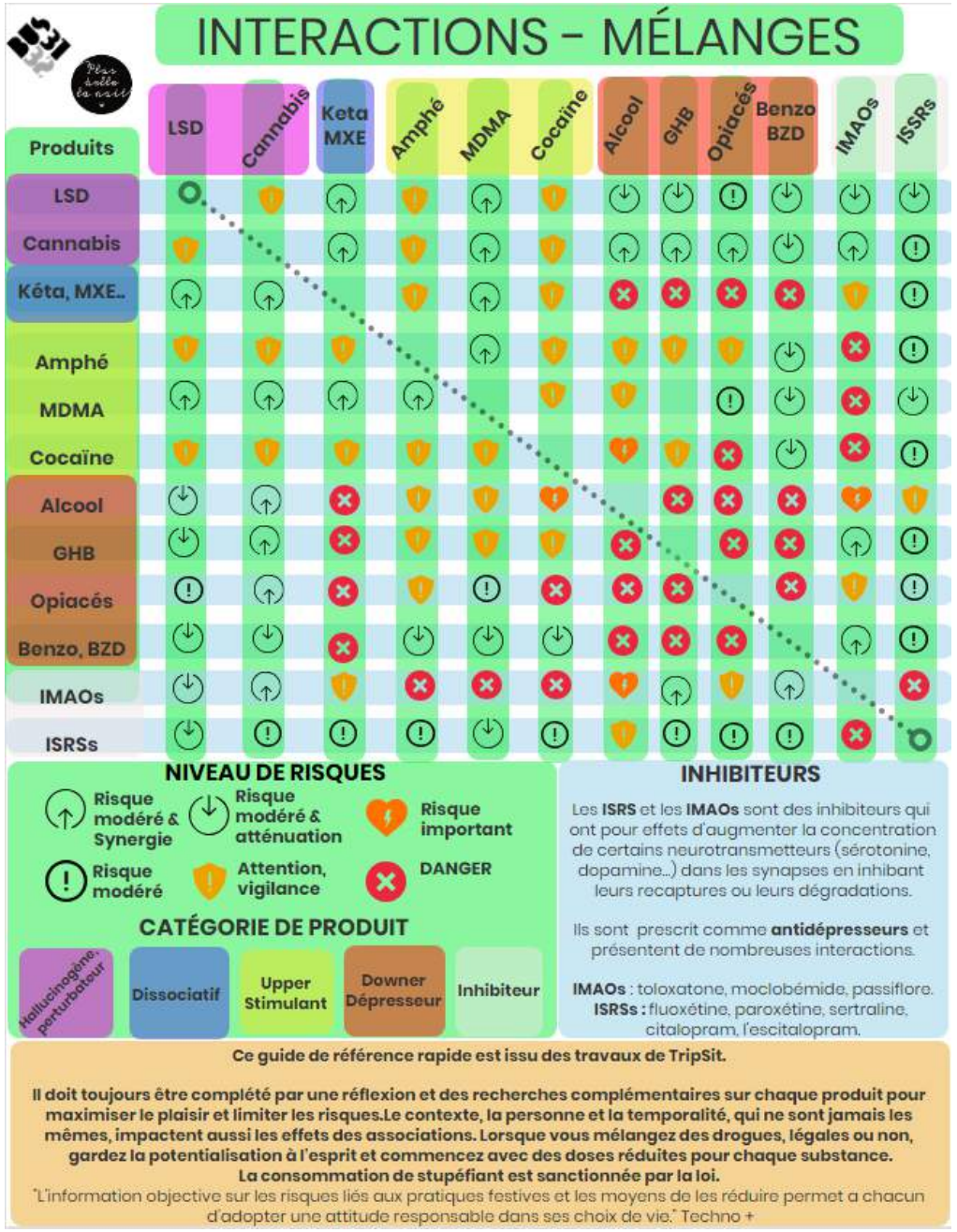
UN NIVEAU D'INSULINE HAUT CAUSE LE STOCKAGE DES GRAISSES

LE CORPS RÉCLAME LE FORT TAUX DE SUCRE PERDU

4. La faim / la soif

LA GLYCÉMIE FAIBLE AUGMENTATION DE L'APPÉTIT ET LES FRINGALES AINSI, LE CYCLE SE RÉPÈTE





Prise concomitante de substances psychoactives vise augmentation des effets

Prise différée vise atténuation des troubles générés par le sevrage d'un premier produit

Chaque substance psychoactive a une action propre

Combinaison de substances est plus délétère que chacune prise isolément

Les risques d'une consommation simultanée dépendent de la **dose** prise

L'évaluation des risques se base sur **l'ordre de prise des substances** et l'**intervalle de temps** entre les différentes prises de substances.

La descente fait partie intégrante de l'expérience de consommation

Les médicaments détournés par les usagers de drogues

Centre Régional Psychotraumatisme Sud Aquitaine

Classification des médicaments détournés

- **Dépresseur** :

- Analgésique (TSO, opiacé, codéine,…)
- Benzodiazepine
- Hypnotique
- Dissociatif (Ketamine)

- **Stimulant** :

- Stimulant psychomoteur (Ritaline)

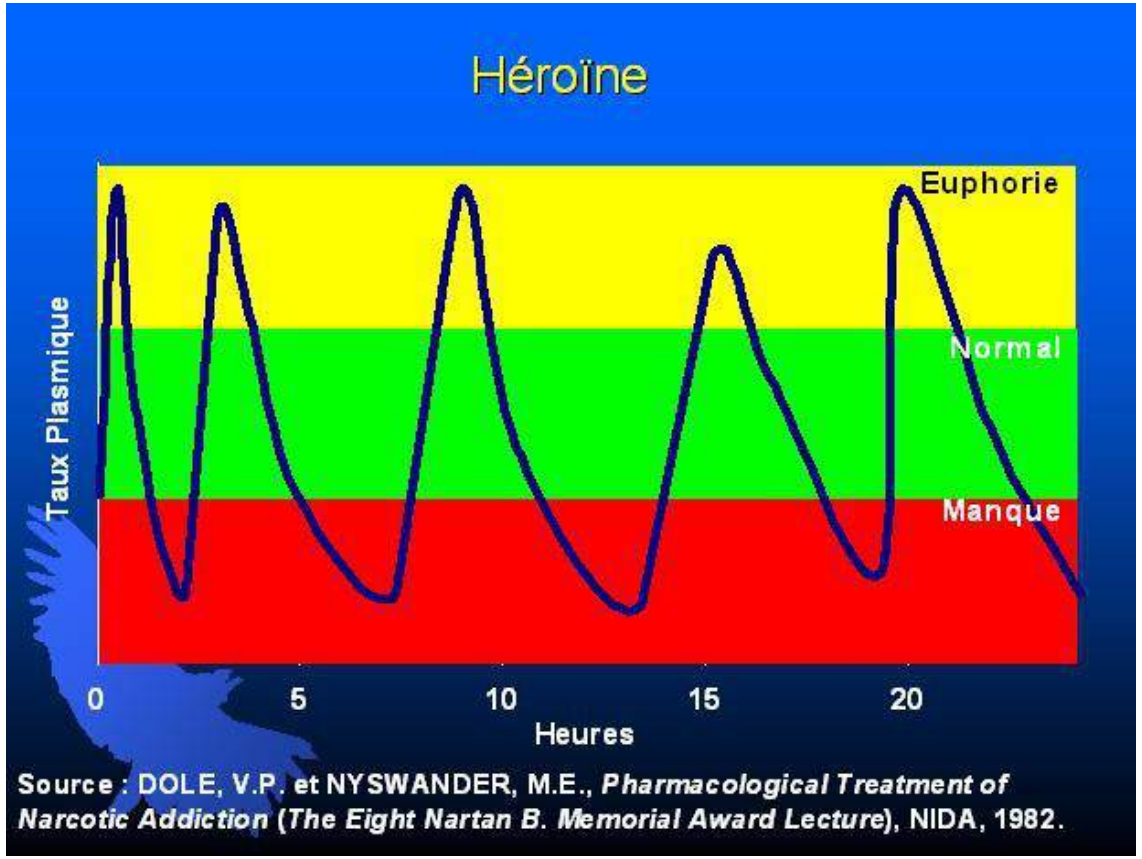
DEPRESSEURS (Analgésique)

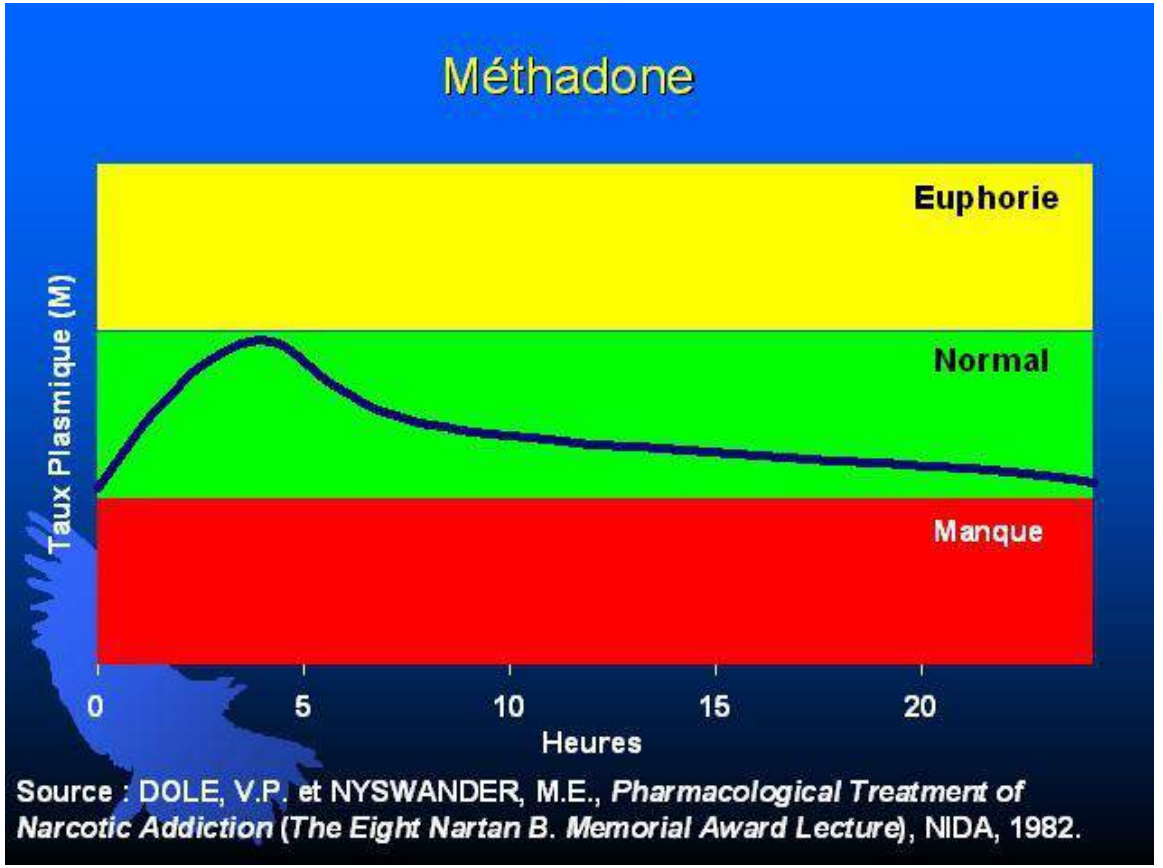
- **La Methadone:**
- Spécificités pharmacologiques de la Méthadone :
- Agoniste opiacé puissant et complet, demi-vie variable et longue, risque d'accumulation dans les graisses avec un relargage pouvant entrainer un surdosage à distances des premières prises, variabilité interindividuelle et intra-individuelle, nombreuses interactions médicamenteuses, et toxicité cardiovasculaire.

Quels sont les principaux facteurs de risque d'overdose ?

La consommation de méthadone par des sujets naïfs, consommation associée d'autres dépresseurs respiratoires (benzodiazépines, autres opiacés, alcool...), certaines comorbidités, consommation par voie intraveineuse, deux périodes bien identifiées à risque : à l'initiation du traitement et au cours du mois qui suit l'arrêt en cas de reprise intempestive d'un opioïde (héroïne, méthadone non prescrite) (perte de la tolérance pharmacodynamique ou « accoutumance »).

Effets héroïne vs méthadone





Classification des médicaments détournés

DEPRESSEURS (Analgésique)

Buprenorphine: Subutex®, Orobupré®, suboxone®, Buvidal®

Traitement de substitution aux opiacés, médicament agoniste partiel morphinique.

Initiation en médecine de ville possible, sur prescription sécurisée.

Médicament prise en sublingual ou forme retard: consommé par mésusage par voie nasale et intraveineuse.

Classification des médicaments détournés

DEPRESSEURS

Skénan, Oxycontin, Hydromorphone, fentanyl :

Opiacés semi-synthétiques utilisés dans le traitement de la douleur sévère

- Oxy et hydro, medocs les plus détournés aux USA, Skénan tres détourné (injecté) en France
- Effets opiacés, mais différents

Classification des médicaments détournés

DEPRESSEURS

Codéine et tramadol :

Deux opiacés mineurs utilisé pour la douleur,

effet opiacé

Les différences

- Syndrome sérotoninergique et convulsion pour le tramadol
- Forte allergie et constipation pour la codéine
- prescriptions différents (codéine en vente libre)

Classification des médicaments détournés

DEPRESSEURS

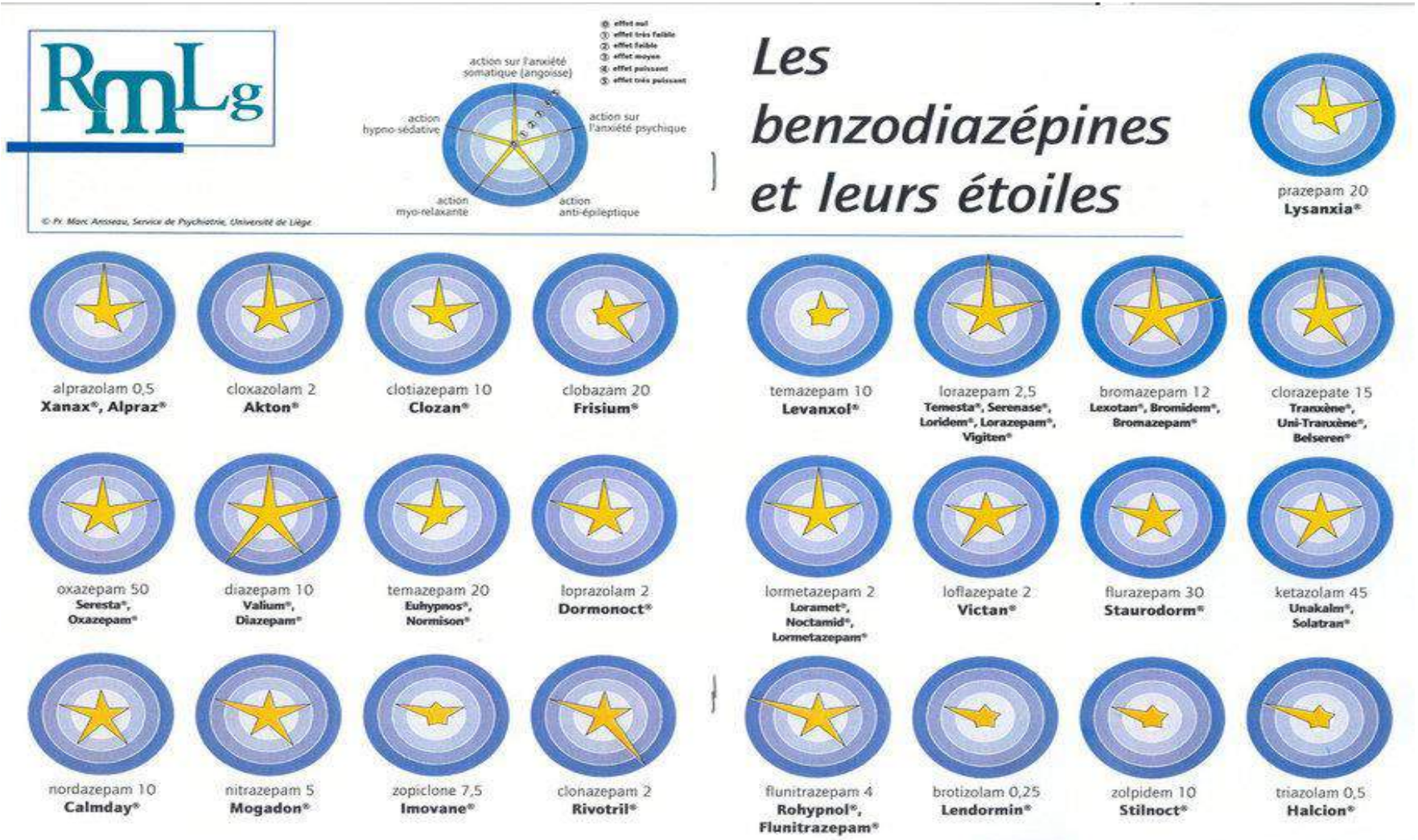
Les Benzodiazépines:

Valium, Xanax, Tranxene, Rivotril, Rohypnol,

Noctamide ...

- Trois effets : myorelaxant, anxiolytique, anti-convulsant, sédatif et hypnotique
- Pas injectable ou presque
- Longue ou courte durée d'action
- Dépresseur du SNC
- Syndrome de sevrage

Classification des médicaments détournés



Classification des médicaments détournés

UE 2.11 Pharmacologie et thérapeutiques

Benzodiazépines

Propriétés

Anticonvulsivant, anxiolytique, myorelaxant, sédatif, hypnotique, amnésiant

Toutes les benzodiazépines sont anxiolytiques, certaines ont un effet sédatif expliquant leur utilisation comme hypnotique.

Indications

Anxiété
Insomnie
Agitation, agressivité
Sevrage alcoolique
Épilepsie, état de mal épileptique

Contre-indications

Insuffisance respiratoire sévère
Syndrome d'apnée du sommeil
Insuffisance hépatique sévère
Myasthénie
Hypersensibilité au produit

Effets indésirables

Somnolence
Troubles concentration et vigilance
Confusion
Amnésie antérograde
Hypotonie
Effets paradoxaux
Syndrome de sevrage
Risque de dépendance
Risque de surdosage

Médicaments

Anxiolytiques
Alprazolam (Xanax®)
Lorazépam (Temesta®)
Oxazépam (Seresta®)
Prazépam (Lysanxia®)
Diazépam (Valium®)
Bromazépam (Lexomil®)
Clorazépate dipotassique (Tranxène®)
Clobazam (Urbanyl®)

Anticonvulsivants
Clonazépam (Rivotril®)
Diazépam (Valium®)
Clobazam (Urbanyl®)
Midazolam (Buccolam®)

Hypno-sédatifs
Midazolam (Hypnovel®)

Hypnotiques apparentés aux benzodiazépines
Zolpidem (Stilnox®)
Zopiclone (Imovane®)

Administration

Pas de traitement au long cours

Per os, intraveineuse (si crise d'angoisse aigue, état d'agitation, délirium tremens ou crise convulsive) ou intrarectale chez le nourrisson ou l'enfant pour crises convulsives (Valium®)

Surveillance

Vigilance
Fréquence respiratoire
Efficacité du traitement
Effets secondaires

Syndrome de sevrage : arrêt progressif lorsque la prise dure plus de 15 jours

Antidote

Flumazénil (Anexate®)

Antagoniste

Neutralise les effets sédatifs des benzodiazépines

fiches-ide.fr
Fiches IDE© Tous droits réservés

Classification des médicaments détournés

DEPRESSEURS

- **La Prégabaline (Lyrica®)** est indiquée chez l'adulte,dans le traitement de l'épilepsie,des douleurs neuropathiques et du trouble anxieux généralisé.
- L'état actuel des connaissances concernant les risques liés à l'interaction entre la prégabaline (comme la gabapentine) et les opioïdes sur la dépression respiratoire incitent à la précaution chez les patients traités pour des douleurs et exposés à ces deux médicaments, ainsi que chez les sujets présentant une dépendance aux opioïdes ou sous médicament de substitution aux opioïdes et susceptibles de se voir prescrire la prégabaline (ou de la consommer dans un contexte non thérapeutique).

Classification des médicaments détournés

DEPRESSEURS (Hypnotiques)

Le Zolpidem ou Stilnox :

- Apparenté benzo, les Z-drugs
- Injecté et sniffé, pour ses effets hypnotiques ou de rush
- Dépresseur du SNC
- Tolérance et addiction
- Abcès à l'injection

Classification des médicaments détournés

DEPRESSEURS (Dissociatifs)

- Kétamine

C’est une molécule synthétisé en 1962. Elle est utilisé dans le milieu médical et vétérinaire strictement.

Médicament antalgique et anti dépresseur.

Depuis aout 1997, classé stupéfiant.

Effets : sédation, hallucinogène

Consommation par voie nasale, intramusculaire et intraveineuse.

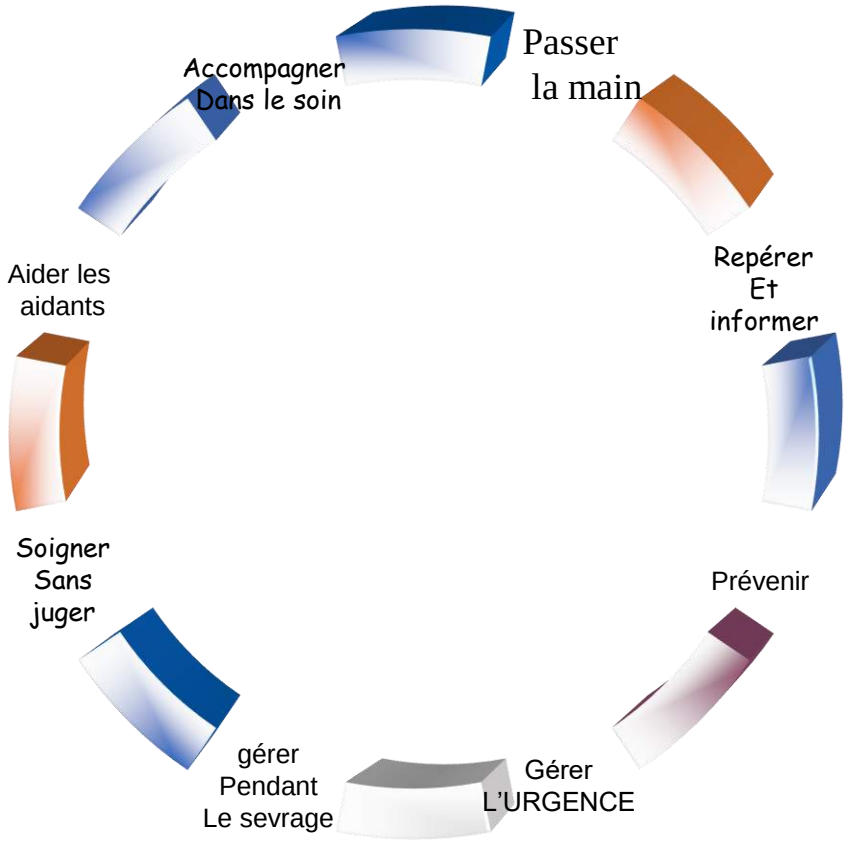
Classification des médicaments détournés

STIMULANTS

- **Ritaline Methylphenidate** (stupéfiant)
- Apparenté amphétamine
- Sa principale indication est le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), narcolépsie, hypersomnie
- essayer dans la dépendance à la cocaïne
- Injecté pour l'effet stimulant et le flash
- Risque d'addiction

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Faire du sur mesure pour le patient



METHODES

- Communes à toutes les addictions
  - Education thérapeutique
  - Prise en charge médicale
  - Prise en charge psychiatrique
  - Soutien psychologique
  - Entretien motivationnel
  - Psychothérapies
  - Thérapies de groupe
  - Prise en compte entourage
  - Prise en charge sociale
  - Sevrage
  - Mouvements d'entraide
  - Equipe de liaison
- Spécifiques aux autres addictions

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

- Communes à toutes les addictions
- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison
- Spécifiques aux autres addictions

Rendre le patient acteur de son soin
Notion de dépendance
Lien entre conséquences et conso
Apport des prises en charge
Participe prise de conscience

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

- Communes à toutes les addictions
- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

- Spécifiques aux autres addictions

- Traiter les conséquences somatiques
- Entraîner un mieux être physique
- Traitements de substitution
- Traitements médicamenteux

Traitements médicamenteux de l'addiction

Les Médicaments de Substitution aux Opiacés

-Buprénorphine Haut Dosage (BHD): Subutex®, Orobupré®, Suboxone®, Buvidal® (injection retard)

-Méthadone: sirop et gelule

Traitements médicamenteux de l'addiction

Alcool

-Traitement maintien de l'abstinence: acamprosate (Aotal®), naltrexone (Révia®), disulfurame (Espéral®)

-Traitement anticraving: Baclofène/ baclocur, nalméfène (Selincro®)

-Progamme RDR alcool: mes choix, IACA…

-TRT sevrage alcool: BZD et vitaminotrt

Traitements médicamenteux de l’addiction

Tabac

-TNS Patch gomme

-Varinicline (Champix®)

-Bupropion (Zyban®)

-Cigarette electronique

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Cocaïne: Pistes pharmacologiques

-Absence de traitement validé mais des pistes

-Acétyl cystéïne à dose élevée: réduction des signes de sevrage et du craving

-Topiramate: prévention de la rechute

-Disulfirame: association à l'alcool

-Méthylphénidate: conso associée à TDAH

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Cannabis

-Étude en cours sur CBD: cannavap 1 et 2 à venir

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

Troubles co-occurrents psychiatriques

- Trouble anxieux
- Trouble de l'humeur
  - dépression
  - bipolarité
- Trouble de la personnalité
- Psychose

- attention ne pas confondre
  - troubles indépendants
  - troubles induits par la substance

- Pas d'antidépresseur avant 2 à4 semaines de sevrage +++
- Pas de benzodiazépines hors sevrage +++

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique +++
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

- Tout intervenant
- écoute réflective
- valoriser
- expliquer
- informer
- conseiller

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel +++
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

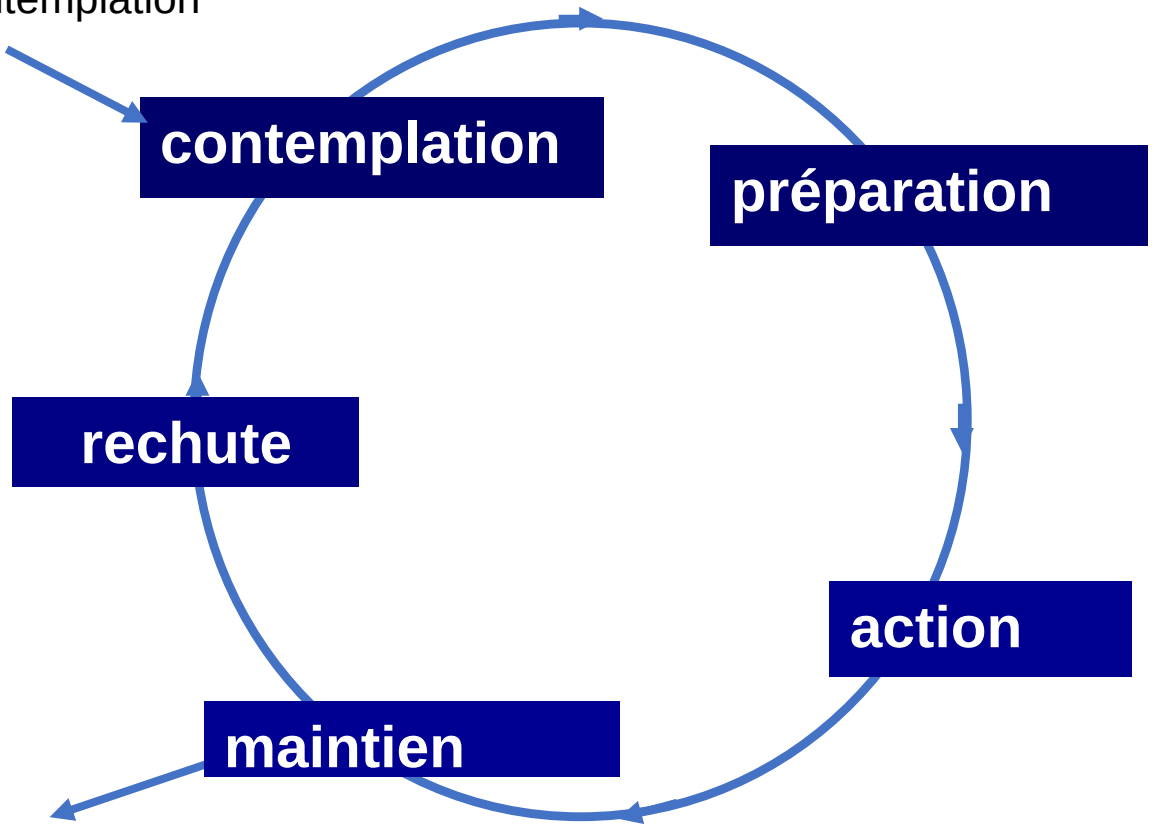
Spécifiques aux autres addictions

- Engager une personne ambivalente dans un processus de changement
  - Etre empathique
  - Augmenter la motivation en faisant ressortir les contradictions
  - Rouler avec la résistance
  - Augmenter la confiance

FOCUS MOTIVATION

Stades de motivation de Prochaska et Di Clemente

- Pré-contemplation



résolution

BALANCE DECISIONNELLE (MOTIVATIONNELLE)

Bénéfices à consommer:

Convivialité, Désinhibition, Anxyolise,

Oubli, Euphorie transitoire…

Inconvénients à consommer:

Alcoolopathies, Risques sanitaires, Mauvaise image de soi, Culpabilité, Trouble relationnel, Menace

conjugale, professionnelle, juridique

Inconvénients à arrêter:

Peur du syndrome de sevrage, Frustration

Bénéfices à arrêter:

Qualité de vie, Economies, Regard des autres

Je continue de consommer

J'arrête de consommer

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

- Psychanalyse et thérapies d'inspiration analytique
- Cognitivo-comportementales
- Corporelles
  - Relaxation sophrologie
- EMDR
- Thérapies stratégiques
- Thérapies familiales
- Etc

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

- Education thérapeutique
- Groupes de parole
- Thérapies cognitivo comportementales en groupe
  - Beaucoup utilisé en alcoologie

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

•La famille se centre autour de l'addiction du patient

•L'informer
•Lui redonner sa place
•La soutenir

•En respectant le secret médical dû au patient
- Groupes de paroles
- Intervenant spécifique

Voire

L'intégrer dans le soin
Thérapies familiales

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

- •Logement
- •Travail
- •Revenus
- •Prise en charge
- •Assurances

- •ALD liste
- •"troubles addictifs graves"

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
  - •Sevrage simple
  - •Sevrage complexe
  - •Sevrage en urgence
  - •Sevrage en ambulatoire
  - •Sevrage en milieu hospitalier
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

- Associations de malades alcooliques

- AA
- NA
- Alcool Assistance - Croix d'or
- Amis de la santé
- Santé de la Famille
- Vie libre
- Etc
- +++

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions
- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale

Spécifique alcoolodépendance
- Sevrage
- Médicaments
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

- % des patients hospitalisés avec pb addiction

- Importance
  - Du repérage
  - De l'abord

- Rôle des équipes de liaison
  - Aider les soignants
  - Intervenir auprès des patients

- Dans les SAU et les services

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Communes à toutes les addictions

- Education thérapeutique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychiatrique
- Soutien psychologique
- Entretien motivationnel
- Psychothérapies
- Thérapies de groupe
- Prise en compte entourage
- Prise en charge sociale
- Sevrage
- Mouvements d'entraide
- Equipe de liaison

Spécifiques aux autres addictions

- Tabagisme
  - substitution ou médicaments
- Benzodiazépines
  - Sevrage progressif
  - préventif +++
- Opiacés
  - Sevrage (rare)
  - substitution +++
- Anorexie
  - nutrition

La réduction des risques: de la posture à la clinique

L'accueil inconditionnel au défi des consommations

Droit, éthique et pragmatisme

RDR

“Il n’y a pas de société sans drogue, il n’y en a jamais eu. En revanche, il existe des réponses efficaces afin d’éviter les consommations dangereuses et réduire les risques lorsqu’il y a usage “

N. Maestracci

RDR

SECURISER LES CONSOMMATIONS OU LES COMPORTEMENTS

RDR

Repères historiques

-Apparition du VIH, un problème de santé publique

-Faire avec l'usage, auto-support, place des professionnels

-Premier dispositif souvent auto-support, *prendre soin en faisant avec*

1987: décret Barzach
Création des « boutiques », AMM des TSO
2004: inscription dans la loi de santé
2005: création des CAARUD
2008: mission obligatoire des CSAPA
2010: expertise INSERM
2016: loi de modernisation du système de santé

RDR

Changement de paradigme: faire avec l'usage

-Observation pragmatique

-Née d'un combat militant

-Abandon de l'objectif unique de la ***sortie de la dépendance*** **au profit de la *prise en compte de l'usage***

-Engagement fort de **ne pas conditionner** le prendre « soin »et l'accompagnement à une demande d'un soin

RDR

Évolution

-Longtemps, il a existé un clivage entre RDR et soin

-Évolution vers une **approche intégrée:**

- -TSO et PES
- -Traitement de l'hépatite
- -PreP
- -…

RDR

Pourquoi une définition?

-Favoriser l'évolution, l'innovation, la dynamique

-Transmettre un savoir

-Formaliser la posture pour définir l'action et la potentialiser

-Pour permettre d'aborder les consommations de manière sécurisée

Faire basculer la notion de demande

RDR

L’accueil de la demande

-Accueil en CAARUD (point de repère): notion d’inconditionnalité, nécessité de l’ *aller-vers*

-Salle d’attente en CSAPA: reprendre le contrôle, nécessité d’alliance thérapeutique

-Quelles caractéristiques cliniques: manière de percevoir la personne, être dans le non-jugement, favoriser le sentiment d’appartenance,…inscrire le soin dans une trajectoire de vie**, la clinique d’un mode de vie**

RDR

Caractéristiques cliniques

-Reconnaissance de la **capacité de l'usager à agir sur lui-même**

-Place de l'intervenant **à coté et pas en face**

-Relation entre **2 sachants**

RDR

Autres regards et nouvelles pratiques:

-Repenser l’usage et l’usager

-« Faire avec »

-Repenser la relation d’accompagnement

-Sécuriser les pratiques d’usage pour protéger les personnes

-Solliciter les compétences des personnes usagères

-Evaluer et prioriser les risques réductibles AVEC la personne

LES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

Centre Régional Psychotraumatisme Sud Aquitaine

Définition

-Les addictions comportementales (ou addictions sans substance) se caractérisent par l'impossibilité de contrôler un comportement (ex. : pratique des jeux de hasard et d'argent ou des jeux vidéo, activités sexuelles, usage d'internet, achats, exercice physique) et la poursuite de ce comportement malgré la survenue de conséquences négatives.

-Elles présentent des similarités avec les dépendances aux substances : désir compulsif, importance du temps consacré à l'activité et abandon d'autres activités, développement d'une tolérance à l'activité, poursuite du comportement malgré les effets négatifs, syndrome de sevrage, difficultés à contrôler le comportement.

Caractéristiques

- Les quatre caractéristiques principales des addictions comportementales sont :

  - l'impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
  - la tension croissante avant d'initier le comportement
  - le plaisir ou soulagement au moment de l'action
  - la perte de contrôle sur le comportement.

Caracréristiques

- On peut y ajouter 8 critères secondaires :

  - la préoccupation fréquente pour le comportement ou pour l'activité qui prépare celui-ci
  - les efforts répétés pour réduire ou arrêter
  - le temps considérable passé à réaliser le comportement
  - la réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
  - l'engagement dans ce comportement qui empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
  - la poursuite malgré la connaissance des dommages associés
  - la tolérance marquée
  - l'agitation ou irritabilité s'il est impossible de mettre en œuvre le comportement.

Caractéristiques

- Etant donné le caractère récent et émergent de ces troubles, les critères diagnostiques de la plupart d'entre eux ne sont actuellement pas définis de manière consensuelle. Un seul est officiellement défini dans les classifications internationales : l'addiction aux jeux de hasard et d'argent (*gambling disorder*) aussi appelée jeu pathologique (CIM-10, DSM-IV) ou jeu d'argent pathologique ≫ (DSM-5).

- En revanche, pour les autres troubles addictifs mentionnés dans notre propos (sexe, jeux video sur internet, achats, exercice physique…), il n'existe pas de critères diagnostiques consensuels si l'on s'en réfère aux classifications internationales les plus récentes.

- Selon les données scientifiques actuelles, des recherches sont encore nécessaires afin de déterminer si ces troubles peuvent véritablement être considérés comme des addictions, et si oui, quels en sont les critères diagnostiques.

La définition des addictions selon Goodman

- **A/ Impossibilité de résister aux** impulsions à réaliser ce type de comportement.
- **B/ Sensation croissante de tension** précédant immédiatement le début du comportement.
- **C/ Plaisir ou soulagement pendant** sa durée.
- **D/ Sensation de perte de contrôle** pendant le comportement.
- **E/ Présence d'au moins cinq des** neuf critères suivants :
  - I. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
  - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
  - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
  - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
  - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
  - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
  - 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
  - 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
  - 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- **F/ Certains éléments du syndrome** ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

LE JEU PATHOLOGIQUE

- Le joueur pathologique a perdu le contrôle sur ses activités de jeu, ment, éprouve des problèmes au travail, à la maison, avec ses amis à cause du jeu, volera, et cherchera à se refaire....
- prévalence entre 1% et 3% de la population adulte
- trouble plus fréquent chez l'homme que chez la femme
- 20% des sujets concernés ont fait des tentatives de suicide

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- Parmi les principaux troubles du comportement alimentaire (TCA), on trouve en particulier: l'anorexie mentale et la boulimie
- Il existe deux formes d'anorexie mentale : l'anorexie de type restrictif et l'anorexie de type « purging » (crise de boulimie et vomissements ou prise de diurétiques ou de laxatifs)
- Un TCA peut être défini comme une perturbation de la relation à l'alimentation, altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale.
- Ces troubles surviennent principalement chez les adolescentes ou jeunes femmes, mais peuvent également survenir chez les personnes de sexe masculin ou chez les enfants proches de la puberté.

TCA

- Vu sous l’angle d’une addiction comportementale, le symptôme vient prendre la place d'affects dépressifs non structurés, irreprésentables, et perçus comme dangereux.
- Le symptôme a ici une véritable fonction de défense.
- L'hypothèse la plus courante est que l'anorexie, comme la boulimie, sont dues à l’interaction de multiples facteurs. L'une et l'autre se révèleraient chez des sujets prédisposés, à la faveur de facteurs déclenchants, et seraient entretenues par des facteurs pérennisants, entraînant un véritable cercle vicieux.

ADDICTION AU SEXE

- Généralités:
  - Autrement appelée hypersexualité ou comportement sexuel compulsif
  - Il s’agit le plus souvent d’une activité sexuelle conventionnelle
  - Prévalence de 0,6 a 6 % selon les études
  - Facteurs de risque : sexe masculin (sex-ratio de 5 hommes pour 1 femme)

- Les comportements sexuels pouvant devenir source d'addiction sont variés : masturbation, pornographie, cybersexe, relations amoureuses compulsives, recours à la prostitution…
- On retrouve la notion de compulsivité sexuelle.
- Eli Coleman a défini le comportement sexuel compulsif comme un comportement sexuel répétitif, pratiqué pour réduire l'anxiété et d'autres affects : la honte, la dépression...

Quelques formes d'addiction sexuelle

Pratiques sexuelles avec un partenaire	Pratiques sexuelles sans partenaire	Supports sexuels utilisés
-rapports sexuels anonymes -rapports sexuels tarifés -sadomasochisme -fréquentation de clubs de strip-tease -salons de massage -échangisme	-masturbation -voyeurisme -exhibitionnisme -séduction compulsive	-fantasmes, scénarios -cybersexe -pornographie -téléphone rose

ADDICTION AUX JEUX VIDEOS

- Le consensus sur l'expression à employer pour décrire un usage excessif des jeux vidéo a toujours fait débat. Le terme d'addiction ne fait pas l'unanimité de par ses connotations. Dans la dernière version de la classification internationale des maladies (CIM-11) de juin 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a inclus un trouble du jeu vidéo, le « Gaming disorder » .
  On retrouve dans l'utilisation problématique des jeux vidéo, des similitudes que l'on note aussi dans la consommation de substances psychoactives
  - Prévalence de 1 a 3 % selon les études
  - Facteurs de risque : types de jeux (ex. : MMORPG=*Massively Multiplayer Online Role Playing Game*)

CYBERADDICTION

- Utilisation récurrente et persistante des multiples applications d'Internet dont l'usage devient une conduite difficilement contrôlable avec pour conséquence, une souffrance cliniquement significative.
- Pour le moment le trouble lié à l'usage des jeux vidéo est le seul reconnu dans le manuel diagnostique (annexe DSM-5) et la CIM-11 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
- En Europe, les taux de prévalence se situent entre ont de 1 % et 18,7% selon les études.

ACHATS COMPULSIFS

- Généralités:
  - Besoin irrésistible d'acheter des objets sans utilité directe pour la personne. L'objet de l'addiction n'est pas la possession mais le fait d'acquérir un objet
  - Prévalence = 5 %
  - Facteurs de risque : âge jeune (moyenne d'âge de 30 a 40 ans), sexe féminin (sex-ratio de 9 femmes pour 1 homme)

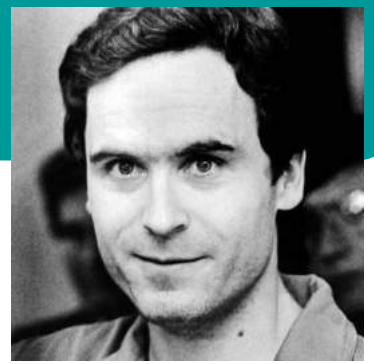
ADDICTION A L'EXERCICE PHYSIQUE

- Généralités:
  - Besoin irrésistible de pratiquer une activité physique, ce qui se traduit par un comportement de pratique excessive, incontrôlée
  - Prévalence d'environ 3 % en population générale
  - Facteur de risque : pratique régulière d'un sport (endurance notamment), trouble du comportement alimentaire

ADDICTION AU TRAVAIL

- Généralités:
  - L'addiction au travail peut être définie comme une relation pathologique d'un sujet à son travail, caractérisée par une compulsion à lui consacrer de plus en plus de temps et d'énergie et ce, en dépit des conséquences négatives sur sa santé et sur sa vie personnelle affective et familiale.
  - La pression sociale fait de celle-ci un des meilleurs exemples d'addiction positive.

ADDICTION AU CRIME



- Certains auteurs décrivent une forme de dépendance aux crimes et actes violents (viol, vol, bagarres à répétition…).
- Des études montrent que certains actes criminels sont produits de manière répétitive, les auteurs étant dans une véritable recherche de sensations (ex. des crimes sériels)
- Traits communs:
  - Immaturité affective
  - Troubles de la personnalité de type psychopathiques
  - Antécédents d'abus et agressions sexuels pendant leur enfance
  - Signes de TSPT

KLEPTOMANIE

- Il s’agit d’un « trouble du contrôle des impulsions internes ».
- Une tension anxieuse interne extrêmement désagréable est soulagée par le passage à l’acte.
- Aspect que l’on va retrouver dans la pyromanie ou sous une forme un peu différente dans l’addiction au jeu d’argent.

PYROMANIE

- Le trouble démarre en général dans l'enfance ou l'adolescence.
- Elle concerne majoritairement les hommes, de toutes les classes sociales.
- Dans le cas de pyromanes pervers, il peut s'agir de pompiers.
- En général, même si la pulsion ne se contrôle pas, le pyromane a tendance à organiser et préméditer ces incendies, qui peuvent avoir de lourdes conséquences.
- Il s’agit d’un « trouble du contrôle des impulsions internes ».

EMPRISE SECTAIRE - RADICALISATION

- Anne Fournier a employé l'expression « addiction sectaire » même s'il faut manier ce concept avec prudence.
- La rencontre entre la personne, l'objet, la secte et le moment - par exemple un moment de crise personnelle - fait penser au cadre « tri-varié » : définition de l'addiction donnée par le Dr Claude Olivenstein.
- Jean-Marie Abgrall, psychiatre, criminologue avait parlé de « double lien » de dépendance, avec une dépendance idéologique, sujétion à la pensée sectaire et une dépendance sociologique : appartenance à un nouveau groupe qui devient un refuge protecteur, une structure de substitution. Il a ajouté une troisième phase qui aboutit à l'asservissement total de l'individu.

Les addictions, selon les données cliniques, les classifications *officielles*, et les critères de Goodman	Trouble du contrôle des impulsions (DSM, CIM)	Addictions cliniquement identifiées	Critères de Goodman
- Dépendance à une substance - Abus, usage nocif	+ +	+ -	+ -
- Anorexie mentale - Boulimie	- -	+ +	? +
- Paraphilies (perversions sexuelles) -Crimes (tueurs en série) -Emprise sectaire - Radicalisation	+ ? ?	- ? ?	+ + +
- Kleptomanie - Jeu pathologique - Pyromanie - Trichotillomanie	+ + + +	+/- + - -	+ + +/- -
- Sexualité compulsive - Jeux vidéo - Cyberdépendance - Achats compulsifs - Conduite à risques - Efforts intensifs - Workaholics	? ? ? ? ? ? ?	+ + + + + + +	+/- +/- +/- +/- +/- +/- +/-

Conclusion addictions comportementales

- Les addictions comportementales font l'objet d'un intérêt croissant ces dernières années, résultant en une augmentation de l'offre et de la demande de soins pour ces troubles.
- Contrairement au jeu d'argent pathologique, les contours et les critères nosographiques des autres troubles addictifs (addiction sexuelle, addiction aux jeux vidéo sur internet, achats compulsifs, addiction a l'exercice physique…) font encore l'objet de débats importants dans la communauté médicale et scientifique internationale.
- Des recherches sont encore nécessaires afin de déterminer si ces troubles peuvent véritablement être considérés comme des addictions.

- Pour ces troubles, le diagnostic positif de trouble addictif repose donc sur des critères cliniques non encore consensuels.
- Les critères de Goodman peuvent être utiles pour mieux appréhender l'ensemble de ces troubles.
- Les comorbidités psychiatriques de ces troubles sont : les troubles de l'humeur (i. e., épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire de l'humeur), les troubles anxieux, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles de la personnalité, les troubles liés a l'usage de substance et les autres addictions comportementales…

- La prise en charge thérapeutique peut faire intervenir :
  - des approches individuelles : psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, psychothérapies structurées (thérapies cognitives et comportementales, thérapies systémiques, thérapies psychodynamiques, EMDR) ; elles seront systématiquement proposées,
  - des approches familiales : particulièrement importantes afin de prévenir les conséquences familiales des pathologies addictives,
  - les groupes de soutien par les pairs,
  - des thérapeutiques pharmacologiques sont réservées aux formes avec comorbidités psychiatriques ou aux formes sévères avec conséquences médico-légales,
  - une prise en charge sociale et éducative.
- L'hospitalisation n'est pas la règle, mais elle peut être proposée en cas d'échec de la prise en charge ambulatoire ou pour réaliser un bilan diagnostique et/ou thérapeutique. Elle doit toujours être réalisée avec le consentement du patient et après avoir évalué sa motivation.

LE DISPOSITIF DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

DES DISPOSITIFS VARIÉS POUR UNE APPROCHE ADAPTÉE AUX BESOINS DE CHAQUE PATIENT

- Le secteur hospitalier
- Le secteur libéral
- Le secteur médico-social spécialisé en addictologie

Un secteur « libéral » très actif parfois inscrit dans un travail en réseau

- **Les addictologues libéraux**, encore relativement peu nombreux
- **Les psychiatres** ou **psychologues**
- **Les pharmaciens**, partenaires de proximité essentiels du parcours de soins d'un consommateur de produits psychoactifs
- **Les microstructures médicales en addictologie** sont des équipes sanitaires pluri-professionnelles installées au sein du cabinet d'un médecin généraliste. Travailleurs sociaux et psychologues s'y rendent chaque semaine à des plages horaires déterminées pour y recevoir les patients ayant des problèmes d'addiction. Près d'une cinquantaine de microstructures organisées en réseaux sont actuellement déployées sur le territoire. Une expérimentation est en cours dans 4 régions pour en évaluer le modèle économique et organisationnel et permettre son déploiement sur tout le territoire.

Le secteur hospitalier

- Spécificités : **permanence des soins**, accès au **plateau technique**, **interdisciplinarité**.
- Il relève d'un financement de droit commun. Selon les territoires, les compétences addictologiques sont présentes dans différents types d'établissements et le patient peut y recourir spontanément ou dans le cadre de son parcours de soins.

Les consultations d’addictologie

- Ce sont des consultations en ambulatoire dont certaines sont spécialisées en tabacologie
- Ces consultations en milieu hospitalier permettent de faire le point sur l’addiction et de proposer une démarche de traitement.

Les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA)

- Elles ont pour missions de sensibiliser et former les équipes hospitalières à l'addictologie, de les aider lors de la prise en charge des patients (contribution à l'évaluation, à la mise en place d'un projet de soins, aide à la prescription d'un traitement de substitution, préparation de la sortie, ...) et de favoriser le repérage précoce des conduites addictives et cela quel que soit le motif du recours à l'hôpital.
- Les ELSA interviennent aux urgences, dans les maternités et dans l'ensemble des unités d'hospitalisation. Elles doivent favoriser les interfaces entre la ville, l'hôpital et les autres partenaires.

L’hospitalisation complète en addictologie

- Elle assure une prise en charge, en urgence ou programmée, pour un sevrage, une évaluation ou pour des complications et/ou des comorbidités somatiques/psychiatriques.

Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie

- Ils viennent en relais d'une hospitalisation ou en accès direct et visent à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation, afin de réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales pour les patients et de faciliter leur réadaptation.
- Ces structures assurent, en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective et des programmes visant la réadaptation à une vie sociale.

L’hospitalisation de jour en addictologie

- Elle permet l’évaluation pluridisciplinaire, l’élaboration de projets thérapeutiques individualisés, et la prise en charge addictologique adaptée, de prime intention ou au décours d’une hospitalisation, y compris en situation de crise pour des patients connus, dans un accompagnement qui favorise le lien environnemental et familial.

Le secteur médico-social spécialisé en addictologie

- Spécificités : **pluridisciplinarité**, **accompagnement** dans la durée, **gratuité** et possibilité **d'anonymat**.
- Il est financé par l'Assurance maladie et géré soit par des associations, soit par des établissements publics de santé.

Les CJC (Consultations jeunes consommateurs)

- Il existe **540 lieux de consultations** répartis dans tous les départements, leurs coordonnées sont accessibles notamment sur drogues-info-service.fr.
- L'objectif de ces consultations est d'accueillir des jeunes consommateurs ainsi que leur entourage. Toutes les conduites addictives peuvent être abordées dans ces lieux qu'elles soient en rapport avec l'alcool, le cannabis, le tabac, les jeux vidéo ou Internet…
- Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés de leurs parents ou d'un proche. Les parents peuvent également être reçus sans le jeune concerné.
- Ces consultations se déroulent principalement dans des CSAPA ou dans des centres hospitaliers mais aussi parfois dans d'autres lieux, en particulier ceux spécialisés dans l'accueil des jeunes. Elles proposent, une évaluation des consommations, des risques associés, un accompagnement pour prévenir une consommation problématique ainsi que des aides à l'arrêt ou à la réduction des consommations ou pratiques.

Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues)

- Ces **146 centres** s'adressent à des personnes qui ne veulent ou ne peuvent arrêter leurs consommations, et qui sont exposées à des risques sanitaires et sociaux (accidents, infections – notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés.
- Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.
- Les usagers peuvent y trouver du matériel de réduction des risques et un accompagnement pour favoriser l'accès aux soins.

Les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)

- Ils s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction (avec ou sans substance) ainsi qu'à leur entourage.
- Les équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, professionnels socio-éducatifs) des CSAPA assurent des missions :
  - d'accueil, d'information et de prévention, d'évaluation médicale, psychologique et sociale et d'orientation pour le patient ou son entourage
  - de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives
  - de prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative
- La majorité des CSAPA accueille les usagers en ambulatoire. Certains proposent des services de soins résidentiels (Centres thérapeutiques résidentiels, Communautés thérapeutiques, etc.).

- Les coordonnées des **385 CSAPA** sont accessibles notamment sur drogues-info-service.fr.

Les haltes soins addiction

- 2 en France: Paris , Strasbourg
- Structures de RDR permettant aux UD de consommer des drogues par voies injectées ou inhalées accompagnés par des professionnels
- Objectif: sécuriser les consommations, créer du lien avec UD ne fréquentant pas les structures, accès aux soins

LES SOINS RÉSIDENTIELS

- **Le soin résidentiel collectif**
  - **Trois types de centres résidentiels collectifs existent sur le territoire français.**

Les Centres thérapeutiques résidentiels (CTR)

- Les CTR anciennement appelés centre de postcure. La durée de séjour initiale est souvent quelques semaines mais elle peut varier et durer jusqu'à un an.
- L'objectif de ces centres est de consolider le sevrage ou le traitement de substitution, voire l'abstinence d'une pratique addictive, afin de permettre à la personne de retrouver un équilibre dans un cadre protégé, et de construire un projet individuel de réinsertion sociale.

Les Communautés thérapeutiques (CT)

- Les CT s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives. L'objectif est l'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale.
- Les CT proposent un hébergement de 1 an, pouvant être prolongé jusqu'à 2 ans, ainsi qu'une prise en charge thérapeutique.
- Leur programme thérapeutique est essentiellement basé sur :
  - la vie communautaire ;
  - les activités de groupe ;
  - les interactions avec les résidents-pairs ;
  - la reconnaissance et l'expression des émotions ;
  - la reconstruction des relations sociales.
- Les soins en milieu résidentiel sont bien adaptés aux adolescents et offrent une prise en charge multiple : psychiatres, psychologues, médecins, éducateurs, animateurs, enseignant, etc.

Les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT)

- Les CAUT proposent des séjours de courte durée ayant pour but de consolider ou de mettre en place un projet de soin ou d'insertion. Il en existe 4 en France, dont 3 accueillent les personnes sortant de prison.
- Ces CAUT font ainsi la transition entre le milieu carcéral et une proposition de soin adaptée à la personne. Ils permettent une rupture avec le cadre habituel et une stabilisation de la démarche de soin.

- **Le soin résidentiel individuel**
  - **Trois types de structures résidentielles individuelles existent en France.**

Les appartements thérapeutiques

- L’accueil en appartement thérapeutique vise à l’inscription sociale (fait d’appartenir à la société) du patient et au renforcement de son identité.
- Durant son séjour dans ce type d’appartements, la personne bénéficie d’un accompagnement thérapeutique, médical, psychologique et éducatif. Ces appartements sont destinés à des personnes pouvant vivre seules et gérer leur quotidien.

Les familles d’accueil

- Ce dispositif permet à des personnes en situation d’addiction d’être hébergées dans des familles et ainsi, de rompre avec leur quotidien, de retrouver un rythme de vie et de réapprendre les liens interpersonnels et sociaux.

Les appartements de coordination thérapeutique

- Ce type d'appartement propose un hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical.
- Ces logements leur permettent d'assurer le suivi et la coordination de leurs soins, l'observance des traitements.
- Les personnes bénéficiaires reçoivent aussi un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

FOCUS SUR LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS

- Les associations d'usagers et mouvements d'entraide proposent des modalités variées d'accompagnement aux usagers ainsi qu'à leurs proches. Ils peuvent proposer des ressources d'auto-support, de l'écoute sans jugement, du soutien même en dehors des heures ouvrées, des groupes de paroles spécifiques, des dynamiques citoyennes, ...
- Basés sur l'expérience de leurs membres, leur connaissance de la maladie, des structures de soins, des réseaux d'addictologie, ces mouvements peuvent être une ressource complémentaire pour réduire les risques liés aux consommations ou prévenir les ruptures de parcours. Leurs membres sont souvent formés spécifiquement.

- Par ailleurs, des démarches de patients experts et d'usagers santé pairs spécifiquement formés et intégrés à des unités de soins ou des services de santé se développent.

EN VOUS REMERCIANT POUR VOTRE ATTENTION