



Conduites addictives : toxicomanies aux opiacés et aux psychotropes

- Dr Nathalie Papet
- Pr Jean Louis Senon

Plan

- Définitions générales
- Toxicomanie aux opiacés
 - Généralités
 - Facteurs étiologiques et pronostiques
 - Principes particuliers de prise en charge; substitution
- Toxicomanie médicamenteuse
 - Généralités
- Conduites pratiques
 - Principes généraux de prise en charge des patients addictifs
 - Structures, réseaux
 - Conduite à tenir en cas de non respect de la thérapeutique

introduction

- La toxicomanie n'est pas une intoxication (phénomène passif) et le sevrage ou la désintoxication n'est donc pas le traitement
- Il existe une parenté historique entre médicaments et drogues, la façon de prendre la substance étant aussi importante que celle-ci
- La toxicomanie est un phénomène social évolutif

Définitions générales

- **Dépendance:** état psychique, quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre un produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et quelque fois d'éliminer le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits » OMS 1964
- Ceci implique....

Définitions

- Après une cure de sevrage, le patient toxicomane reste toxicomane
- Il peut exister une phase de consommation sans demande d'arrêt
- Tous les produits ne provoquent pas une tolérance mais quand elle existe pour un produit, elle existe pour la famille pharmacologique de ce produit: c'est la tolérance croisée

Concept d'addiction

- Un regroupement descriptif, théorique, thérapeutique et institutionnel
- Un modèle qui, à ce jour, n'est pas encore pleinement opérationnel: problèmes de définitions, de compatibilité des théories...
- Mais des intérêts indéniables: un modèle non stigmatisant, un intérêt renouvelé pour la compréhension du passage à l'acte, de la dépendance et du plaisir, la mise en commun des expériences et des pratiques.....

Concept d'addiction

- Le diagnostic de dépendance a longtemps été limité aux consommations abusives d'alcool ou de produits illicites avec:
 - Une dépendance physique
 - Une dépendance psychique
- Actuellement, évolution du concept clinique, n'imposant plus la présence de signes physiques de sevrage: le diagnostic repose sur des signes psychiques d'assuétude et de manque.

Définitions : approche descriptive

- Répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou une situation recherchés et consommés avec avidité (Pedinelli)
- Processus par lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de ses conséquences négatives (Goodman)



Critères de Goodman (1)

1. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement
2. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
3. Plaisir ou soulagement pendant sa durée
4. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement

Critères de Goodman (2)

5. Au moins 5 des 9 critères suivants:

- préoccupation fréquente au sujet du comportement et de sa préparation
- intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
- tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
- Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre
- Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou sociales

Critères de Goodman (3)

- Activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement
 - 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
 - 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
 - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
6. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue

Un noyau commun pour des conduites très diverses

- Alcoolisme
- Tabagisme
- Toxicomanies
- Addictions médicamenteuses
- Troubles du comportement alimentaire
- Addictions comportementales: jeu pathologique, achats pathologiques, conduites à risques, addiction au sexe...

Addictions: noyau commun

- Dépendance:
 - Physique
 - Psychique ++
- Accoutumance
- Comportement d'autodestruction et de prise de risque
- Proximité biologique et psychopathologique

Définitions: la notion de centration (Morel, Hervé, Fontaine)

- Une caractéristique commune aux produits: la modification de l'état de conscience
- A l'effet psychotrope s'associe une expérience mémorisée et prenant un sens personnel
- Centration: toxicomanie non comme simple dépendance à une substance mais aussi comme dépendance à une expérience qui s'instaure rapport au monde

Notion de polydépendance

- En matière de toxicomanie, la dépendance est multiple:
 - Produit
 - Rituels de prise
 - Horaires de prise
 - Perceptions (atmosphères)
 - Situations etc....

Polytoxicomanie

□ Trois aspects:

- Polytoxicomanie de gestion de manque: en situation de manque, l'usager utilise d'autres produits
- Polytoxicomanie addictive: effet recherché est arrêt des processus de mentalisation
- Polytoxicomanie style de vie: usage d'autres substances revendiqué pour le plaisir. Discours paradoxal anti-psychotropes

Intérêts DSM IV

- Troubles liés à l'utilisation d'une substance:
 - dépendance,
 - abus
- Troubles induits par une substance:
 - Intoxication
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles psychotiques etc..

Utilisation nocive pour la santé

CIM 10

- Mode de consommation préjudiciable à la santé avec complications physiques ou psychiques
 - Troubles psychologiques ou physiques
 - Conséquences sociales négatives
 - Désapprobation d'autrui
- On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance

Abus de substance psychotrope

- Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes sur 12 mois :
 - Incapacité de remplir des obligations majeures
 - Utilisation dangereuse
 - Problèmes judiciaires
- Les symptômes n'ont pas les caractères de la dépendance

Dépendance

DSM IV

- Mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif comme en témoignent au moins 3 manifestations :
 - Tolérance
 - Sevrage
 - Substance prise en quantité supérieure ou un temps plus long
 - Temps passé à se procurer la substance
 - Abandon d'activités sociales
 - Poursuite de la consommation en dépit d'un problème physique ou psychologique généré



Toxicomanie aux opiacés

- Généralités
- Facteurs étiologiques et pronostiques
- Principes particuliers de prise en charge

Bref historique...

- Depuis les années 80, de profondes transformations...
 - Émergence de polytoxicomanies
 - Disparition de « profils-types » de sujets toxicomanes
 - Allongement de la durée du parcours du sujet toxicomane
 - Précocité de l'âge de début de la consommation

Épidémiologie

- 50 000 héroïnomanes
- 200 000 toxicomanes dépendants
 - 80% IV
 - 40% séropositifs HIV
 - 70% hépatite C
- Facteur d'exclusion
 - 70 % des toxicomanes sont sans emploi
 - 15% de la population pénale
 - 7% sans couverture sociale

Opiacés

- Euphorie et plaisir...(Lewin)
- Opium, morphine, codeinés, morphiniques, morphinomimétiques (dont produits de substitution)
- extrait de papaver somniferum
- Régions de production: triangle d'or (thailande, laos, Birmanie) croissant d'or (Afghanistan, Pakistan, Iran), Liban, Mexique, Colombie etc....

Mécanismes d'action

- Action après fixation sur les récepteurs opioïdes (sites des endomorphines)
- Actions spécifiques: inhibition du relarguage des neurotransmetteurs des voies nociceptives afférentes, inhibition des neurones inhibiteurs des voies dopaminergiques notamment mais aussi des interneurons gabaergiques
- Distinction agonistes (morphine, codéine, héroïne, méthadone...), antagonistes(naloxone..). Buprénorphine agoniste et antagoniste selon récepteurs
- Voie IV plus efficace que voie orale car évite dégradation du 1er passage hépatique à l'exception de la codéine d'où son utilisation toxicomaniaque

Héroïne

- Présentation: 3,6 diacétylmorphine, poudre fine de couleur claire conditionnée en sachets de quarts ou demis grammes mais concentration en héroïne variable
- Se fume (chasser le dragon), se renifle (sniff), s'injecte (shoot, fix)
- Précocité et violence de l'action après injection (flash) liées à la solubilité de la molécule dans les lipides
- Demi-vie: 3 à 10 mn
- Catabolisée en monoacétylmorphine et en morphine

Héroïne: manifestations aiguës

□ Prise:


- Flash: jouissance très rapide
- Planète: sensation de bien-être de quelques heures
- Descente: retour progressif au réel
- Au plan physique: myosis, ptose palpébrale, nausées, pâleur, hypertension, hypothermie

□ OD:

- Engagement du pronostic vital: coma avec dépression respiratoire

Héroïne: manifestations chroniques

- Notion de trajectoire
- Tolérance
- Manque physique
- Dépendance psychologique
- Autres aspects somatiques
- Autres aspects psychologiques



Notion de trajectoire

- 3 phases:
 - Lune de miel (plaisir)
 - La gestion du manque (plaisir-manque)
 - La galère (manque)

Tolérance

- Effet diminue au fil du temps en qualité et en durée
- Ceci implique: augmentation des doses, fréquence des prises, modifications des prises..
- Tolérance croisée avec les autres opiacés: incidence en terme de substitution
- Effet dose très individuel (risque OD chez usager récent, après sevrage, changement dealer ...)

Manque physique


- Aggravation des signes en 3-4 jours et sédation en 10 jours
 - 6-8 h: larmoiement, bâillements
 - 12h: mydriase, frissons, douleurs, anxiété
 - 24h: nausées, anorexie, douleurs, anxiété, insomnie
 - 48h: intensification avec HTA tachycardie hyperthermie, polypnée
 - 72h: rétrocession progressive

Dépendance psychologique

- Précède la dépendance physique
- Question complexe:
 - Dépendance biologique d'expression psychique
 - Dépendance biologique d'expression physique
 - Dépendance psychique complexe enchevêtrée à des problématiques sociales, familiales, individuelles
 - Les traitements de substitution agissent surtout sur les deux premières dimensions

Autres aspects somatiques

- Troubles somatiques directement liés à l'héroïne rares (asthme, insuffisance rénale). Plus souvent liés aux produits de coupage (talc)
- Troubles somatiques liés au mode de prise: sniff et ulcérations muqueuse nasale, injection et nodules
- Pathologies infectieuses: abcès, lymphangites etc...., virales (VIH, hépatites)
- Autres pathologies mais:
 - Absence de douleur
 - Confusion symptômes avec manque
 - Précarité
 - Accès aux soins parfois complexe



Autres problèmes psychiques

- Question complexe++
- Troubles anxieux automédiqués
- Troubles dépressifs
- Plaintes hypochondriaques
- Troubles personnalité
- Troubles psychotiques
- Autres conduites addictives

Dépressions

- Dépression et sous dosage
- Dépression maladie
- Observance association de BZD, alcool cannabis...
- Toujours complexe+++

Troubles anxieux

- Souvent sous-estimés
- Masqués par la prise de substances
- Recrudescence anxieuse masquée par une apparente déstabilisation
- Anxiété généralisée, trouble panique, phobies++
- Sursaut de manque?
- Complexité++

Addictions

- Associations, renforcements
- Polytoxicomanies et troubles personnalité
- Association aux TS, conduites à risque
- TCA fréquents



Troubles psychotiques

- Psychoses aiguës
- Psychoses chroniques
 - Paranoïa
 - Schizophrénie++

- Intérêt +++ de permettre l'accès à une prise en charge psychiatrique institutionnelle



Troubles de la personnalité

- Complexité en lien en partie avec des regards théoriques différents
- Des structures différentes rencontrées...
- Fréquence des troubles narcissiques

Médicaments morphiniques et morphinomimétiques

- Nombreux, non habituellement toxicomanogènes
- On distingue:
 - Dérivés du phénanthrène: morphine, codéine, thébaine, eubine, héroïne, codéthyline, pholcodine
 - Dérivés de l'isoquinoleine: papavérine, narcotine
 - Dérivés de la pipéridine: péthidine
 - Dérivés de la diphenylméthane: chlorhydrate de méthadone, dextromoramide, dextropropoxyphène
 - Antagonistes: nalorphine, naloxone, naltrexone, pentazocine, buprénorphine

Médicaments morphiniques et morphinomimétiques

TABLEAU 3.II. Médicaments morphiniques et morphinomimétiques.

Agonistes purs		Agonistes partiels	Agonistes/ Antagonistes	Antagonistes
Agonistes forts	Agonistes faibles			
Morphine (Moscotin [®] , Skenan [®])	Codéine (Néo-Codion [®] , Efferalgan codéine [®] , Dinacode [®])	Buprénorphine (Subutex [®] , Temgésic [®])	Pentazocine (Fortal [®])	Naltrexone (Nalorex [®])
Péthidine (Dolosa [®])	Dihydrocodéine (Dicodein [®])		Nalbuphine (Nalbuin [®])	Naloxone (Narcan [®])
Desmormoramide (Palfium [®])	Dextropropoxyphène (Antalvic [®])		Narlophine (Narlophin [®] , Butorphanol [®])	
Méthadone (Méthadone [®] , LAAM [®])	Codéthylène (Cocéthylène [®])			
Fentanyl (Fentanyl [®])				
Alfentanil (Rapidor [®])				
Sufentanil (Sufenta [®])				

codeinés

- En vente libre
- Détournés pour gérer le manque
- Des agonistes donc susceptibles de provoquer une surdose
- Multiplicité des prises
- Toxicité des adjuvants (paracétamol)
- « lavage des comprimés » pour éviter les troubles digestifs en lien

Autres médicaments

- ❑ Sur ordonnance, donc sous contrôle médical
- ❑ Propoxyphène++
- ❑ Dangerosité: hypoglycémie, pancréatite, hépatite médicamenteuse
- ❑ Proscription du palfium
- ❑ Utilisation de la morphine (moscontin, skenan) par certains comme substitution soumis à accord préalable médecin conseil mais détournement +++ et sécurité d'emploi?

Usage nocif avec dépendance: Étiologies et composantes

Culture et environnement

Comportementale

Biologie et génétique

Physique

Usage nocif avec dépendance

Incapacité de répondre de manière adaptée aux dommages
causés

Psychisme et psychopathologie

Psychologique

Analyse psychosociologique

- Mutations clinique: disparition des formes cliniques classiques névrotiques?
- Société de la consommation et de la réussite:
 - Clinique du manque et de l'insuffisance
 - Consommer:
 - Pour se réparer
 - Pour rester à la hauteur



Au niveau psychologique

- On peut considérer les conduites addictives comme:
 - Des pathologies de l'agir
 - Des pathologies du lien



Des pathologies de l'agir

- Les troubles des conduites paraissent en relation avec un défaut ou une défaillance du contenant psychique.
- Cette défaillance est à l'origine d'une comportementalisation

Des pathologies du lien

- La conflictualisation à l'adolescence des liens de dépendance avec les objets primaires peut participer à une mise à jour des assises narcissiques, entraînant un raccrochage aux percepts, le besoin de sensations.
- +/- associé à des éléments transgénérationnels venant compliquer le travail de séparation-individuation.

La Solution addictive

- Face au vécu d'emprise mentale insupportable, la solution addictive apparaîtrait comme une tentative de récupérer un espace personnel autonome permettant la survie psychique.
- Il s'agirait d'un compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et nécessité de dépendance, la dépendance au produit apparaissant comme traitement de substitution d'une dépendance inélaborable à l'entourage

Le piège addictif

- La dimension ordalique est le plus souvent importante et participe au déni de toute dépendance, au corps biologique, comme à la filiation
- Au final, la conduite addictive évolue vers l'autorenforcement, une réorganisation de la personnalité, avec évitement de la pensée, appauvrissement de la vie affective et fantasmatique et une dimension antidéveloppementale certaine.

Enjeux au niveau du soin

- Face au recours prévalent à l'agir et au corps,

Comment soutenir une capacité de mise en mots et en pensées de ce qui est difficile et en souffrance?

- Face à la pathologie du lien,

Comment aménager la relation thérapeutique pour qu'elle ne se pervertisse pas sur le mode addictif avec le risque d'emprise et de rupture ?

Comment situer le projet de soin comme un accompagnement du processus de séparation-individuation en panne ?

Stratégies de soins

- Évolutives dans le temps
- De ce fait des stratégies différentes et complémentaires selon la trajectoire individuelle de chaque patient:
 - Réduction des risques et des dommages
 - Intentionnalité de l'abstinence

Réduction des risques et des dommages

- Utiliser de l'eau propre pour diluer la poudre
- Ne pas échanger sa petite cuillère
- Ne pas utiliser de citron mais de l'acide citrique
- Si on utilise un citron, en changer régulièrement (mycose)
- Ne pas échanger sa seringue et en changer souvent
- Ne pas utiliser les mêmes cotons
- Ne pas piquer dans une petite cuillère en même temps que d'autres usagers
- Se désinfecter la peau avant le shoot
- Ne pas jeter sa seringue mais la porter à un lieu à cet effet
- Ne pas échanger les pailles de sniff
- Utiliser des préservatifs

Intentionnalité de l'abstinence

- ❑ Erreur de conditionner le suivi à l'exigence d'abstinence
- ❑ L'abstinence n'est pas un préalable
- ❑ Son maintien est le fruit d'un long processus
- ❑ Mais l'usage de certaines substances entrave les soins en empêchant la relation: prises massives de BZD, cocaïne (effet parano)...Une hospitalisation est donc parfois nécessaire.

Les traitements de substitution

- En pratique, substituer une substance à l'autre:
 - Réduire les dommages
 - Statut social
 - Pureté du produit
 - Réduire la perte de contrôle
 - Se donner des outils thérapeutiques pour l'abstinence

La substitution (2) conditions d'acceptabilité

- Légal
- Remboursé
- Pur
- Oral
- Absorption lente
- Une prise quotidienne
- Effet renforçant: l'expérience du sujet doit être proche de celle de la substance de dépendance
- Doit permettre la réduction des effets collatéraux
- Doit être associée à d'autres mesures thérapeutiques, restauration des réseaux

Profil idéal d'un médicament de substitution

- Demi-vie longue
- Pas d'effet flash
- Non injectable
- Peu de tolérance
- Peu d'effets euphoriques
- Pas de surdose, sécurité d'emploi
- Peu d'effets secondaires
- Non morphinique dans les urines

Deux aspects de la substitution

- Un dispositif de haut seuil: seuil d'accès élevé, exigences nombreuses. Sélection de patients dont l'intentionnalité est l'abstinence
- Un dispositif de bas seuil: seuil d'accès bas, exigences limitées. Facilité d'accès, peu de sélection, forme gestion du manque

Détournements des produits de substitution

- Subutex+++
- Multiprise
- Injectable
- Coprescription
 - Détournement profil pharmacologique?
 - Sous dosage?
 - Don?
 - Revente?

Paradoxes de la loi

- Accès aux seringues, délit faisant obstacle à la réduction risques
- Sevrage?
- Anonymat; travail en réseau? Substitution?
- Gratuité
 - Budget des centres spécialisés
 - Financement des réseaux...
- Prévention primaire: cannabis diabolisé et exclusion des autres produits

Substitution des polytoxicomanies

- deux opiacés disponibles en France:
 - Méthadone®, agoniste fort
 - Respect profil sauf risque de surdose
 - Buprénorphine Subutex® agoniste partiel
 - Respect profil sauf injectable
- Hors AMM: Moscontin et skenan après accord médecin conseil..
 - Nombreuses dérives...
 - $\frac{1}{2}$ vie diminuée par tolérance croisée imposant multiprise
 - Effet euphorique +
 - Dangerosité du détournement vers l'injectable
 - Recherche urinaire inutilisable
 - Désignation dangereuse du médecin prescripteur

substitution

- Implique un cadre de travail avec des conditions de délivrance particulières
- Nécessité d'accompagnement par d'autres mesures:
 - La relation
 - Le sevrage
 - Le partenariat social, éducatif, psychiatrique, psychothérapique, CPAM
 - Le temps...

Objectifs

- L'arrêt de la substitution n'est pas un objectif en soi cela ne veut pas dire que les tentatives d'arrêt sont prohibées
- Objectifs:
 - Stabiliser le patient
 - Lui faire acquérir l'autocontrôle de la substitution
 - Lui permettre de travailler sur un projet de vie

Préliminaires

- Diagnostic d'une pharmacodépendance majeure aux opiacés
- Évaluation de la situation du patient:
 - Toxicomanie
 - Médicale
 - Sociale
 - Psychologique/psychiatrique
- Évaluation de la demande
- Suivi régulier en consultation et accord avec pharmacien
- Information du patient



Recommandations

- Délivrance quotidienne initiale
- Puis prescription sur une durée courte
- Inscription des conditions de délivrance sur ordonnance
- Lien entre médecin et pharmacien; réseau minimal

Trois phases thérapeutiques

- Induction: 10 à 15 jours, acquisition d'une posologie minimale adaptée
 - Monoprise à partir du 4^o jour
 - Fenêtre thérapeutique préalable (8h) variable selon dose initiale,
 - majoration progressive des doses jusqu'à stabilisation
 - Patient vu quotidiennement
- Stabilisation
- Réduction (voire arrêt)

indications

- Bas seuil: méthadone si patient très dépendant, troubles psychosociaux lourds. Subutex éventuellement
- Haut moyen seuil: subutex 1ere intention sauf si troubles psy importants ou patient très injecteur. Méthadone si échec
- Phase d'entretien: poursuite subutex. Méthadone peut être remplacée par subutex

Coprescription

- Problèmes posés par prescription:
 - Anxiolytiques: BZD avec fractionnement, non BZD
 - AD: IRS
 - Hypnotiques: pas de bzd
 - Antalgiques
 - Tenir compte++ interactions médicamenteuses

- Nécessité de tenir compte de ces interactions fréquentes (intérêt pharmacovigilance)

Phénomènes émergents

- ❑ Dispositif TREND/ Information SINTES
- ❑ RESTIM
- ❑ Disponibilité et consommation de cocaïne élargies
- ❑ Usage de kétamine limité
- ❑ Utilisation Tilétamine, anesthésique vétérinaire proche kétamine...
- ❑ Une banque de données en évolution



intérêts de la substitution

- Facilitation de l'accès aux traitements somatiques (retroviraux++)
- Participation politique réduction des risques
- Amélioration insertion sociale
- Réduction des risques d'infractions
- Baisse des DC par OD

Propositions favorisant bon usage de la BHD

- Implication++ des caisses
- Incitation à l'»utilisation des protocoles L324-1 CSS: définition d'un commun accord des traitements à mettre en œuvre aboutissant à la rédaction d'un protocole thérapeutique
- Surveillance du nomadisme médical et des dépassements de posologies

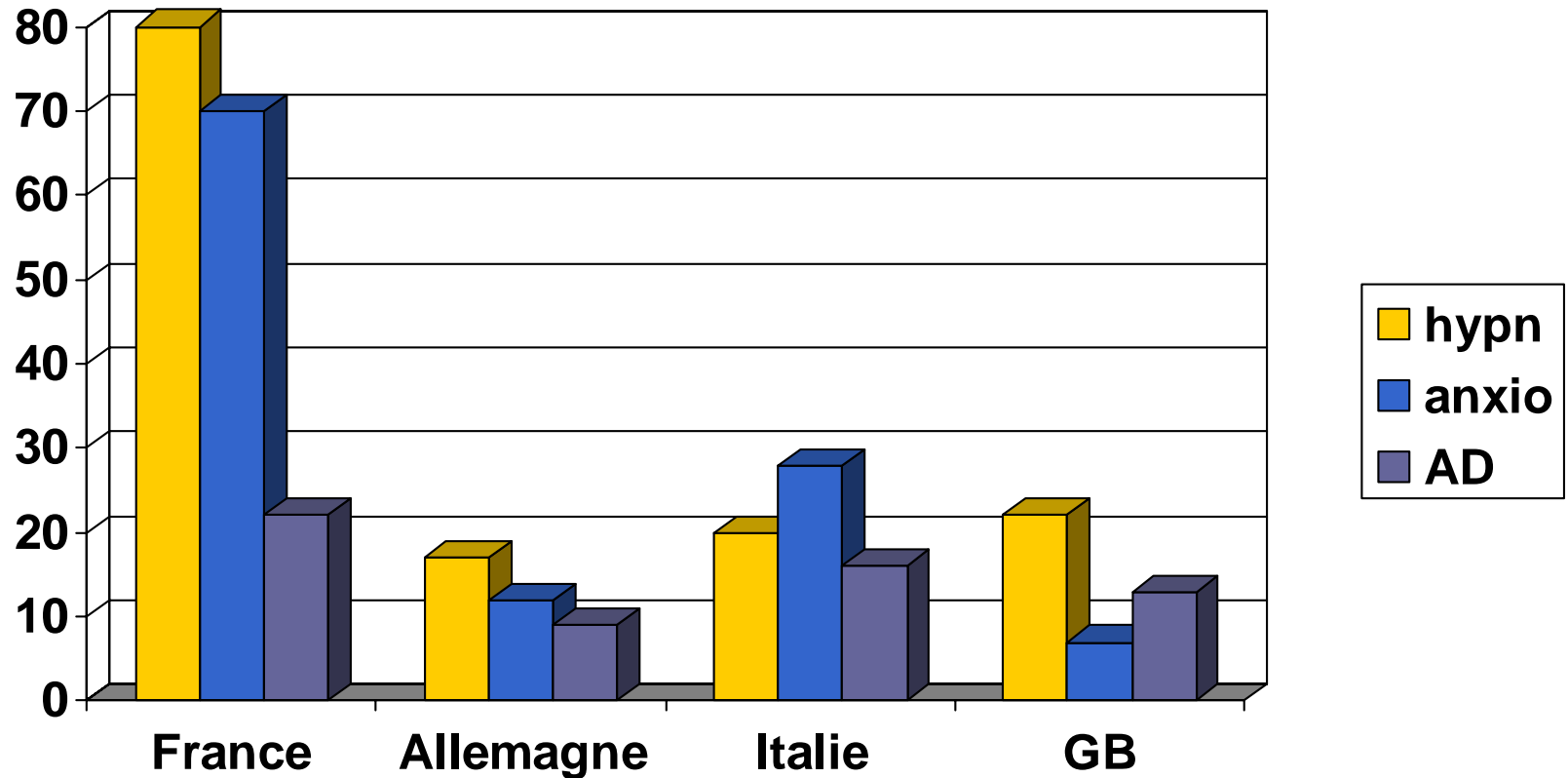
Toxicomanies médicamenteuses

- Particularités des toxicomanies médicamenteuses et aspects généraux
- Niveaux de consommation
 - Toxicomanie sociale licite
 - Toxicomanie secondaire
 - Toxicomanie de trafic

Médicaments psychotropes : Un usage large

- 95% des consultations de généralistes se concluent par une prescription, 50% des consultations sont motivées par des troubles psycho-somato-sociaux.
- Un marché de 134 milliards de francs en 1997
- Une progression de la consommation d'antidépresseurs de 42,5% entre 1991 et 1997 (E. Zarifian)

Consommation psychotropes 1992



Une progression expliquée par l'intrication de facteurs?

- Apparition de nouvelles molécules
- Meilleure tolérance des produits
- Élargissement de l'AMM vers certains troubles anxieux
- Un contexte social particulier ?
- Des patients en quête de bien-être, prêts à adhérer à un traitement psychotrope au long cours?

Une consommation éclairée par la relation médecin-malade

- Prescrire, un geste complexe reposant sur le symptôme, le malade et sa personnalité, le médicament, le médecin et sa relation au patient.
- La prescription, notamment de médicaments psychotropes, est l'objet d'investissements psychiques croisés
- Des représentations sociales sont attachées à ces produits contribuant à leur conférer un rôle magique et libérateur

Particularités des addictions aux médicaments psychotropes

- Une dépendance en lien avec les trajectoires de consommations plus qu'avec des caractéristiques socio-démographiques (Baumann et al.)
- Des profils de patients dépendants:
 - Croyance en l'efficacité des traitements, conscience de la dépendance, recours à l'automédication
 - Adaptation heureuse, confiance totale dans le corps médical, dépendance acceptée
 - Consommation épisodique, dépendance niée, mais ne peuvent se passer des produits dans certaines situations

Des hypothèses explicatives ?

- Une consommation en lien avec l'exigence accrue de la population à l'égard de la santé et du bien-être
- Le médicament psychotrope favoriserait l'adaptation à la norme sociale
- La motivation à recouvrer du bien-être dépasserait la crainte de la dépendance au produit
- En somme, des hypothèses principalement dans les champ de la sociologie et de la santé publique, mais qu'en est-il de la clinique et des hypothèses psychopathologiques?

Trois niveaux de toxicomanies aux psychotropes?

1. Toxicomanie sociale licite
 - Surconsommation culturelle, licite et prescrite spécifique à notre pays
 - Relation avec l'attente des consommateurs-patients et la représentation du médecin; impact particulier de la relation médecin-malade
2. Toxicomanie secondaire chez le patient ayant une pathologie psychiatrique
3. Toxicomanie de trafic chez le polytoxicomane (en général une toxicomanie relais)



Toxicomanie sociale licite

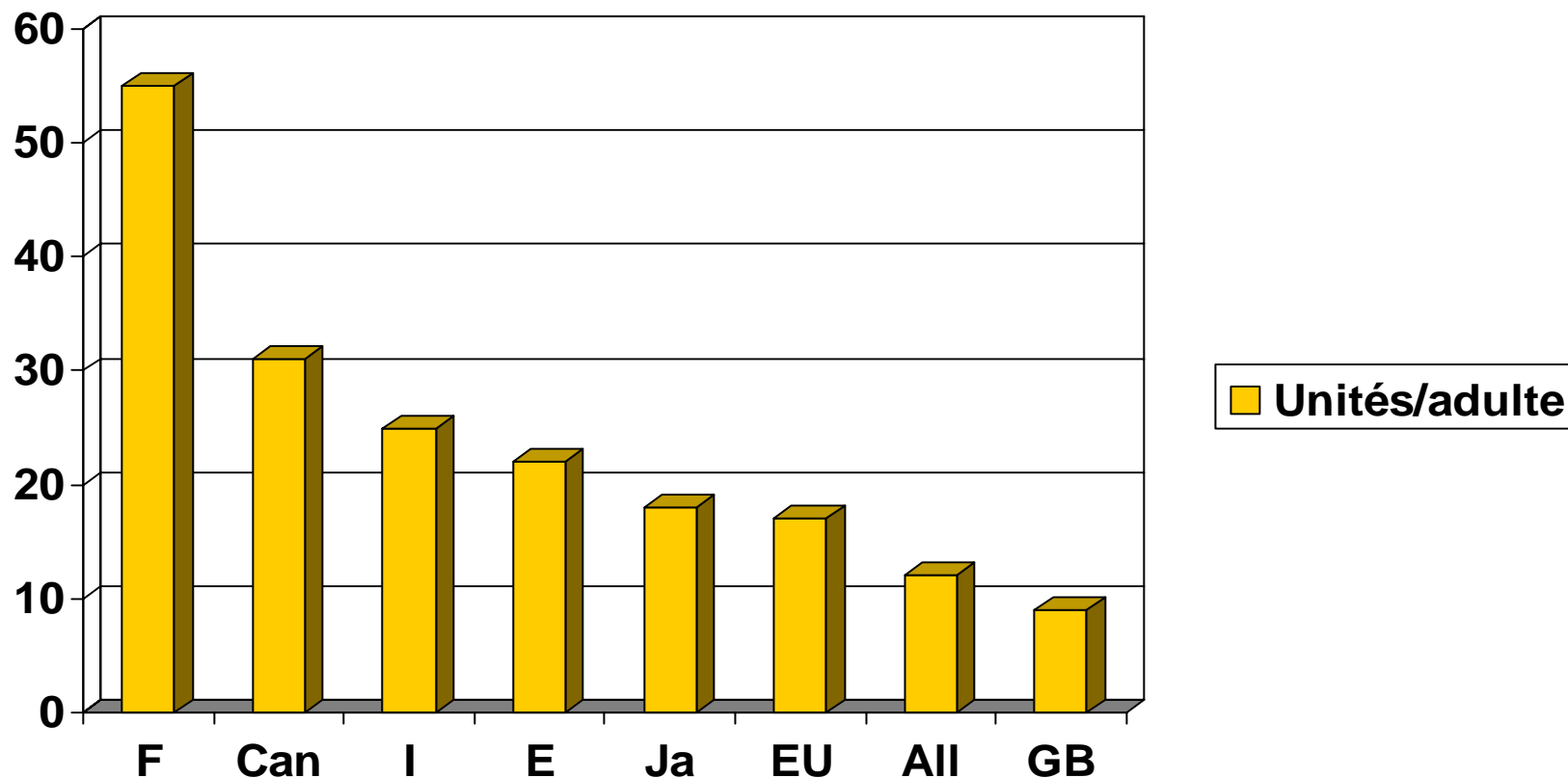
Le psychotrope comme drogue

- Usage nocif du médicament psychotrope ?
- Abus de substances psychotropes ?
- Une dépendance induite par la société
 - Surconsommation en France de BZD
 - Tranquillisants
 - Hypnotiques
 - Surconsommation d'antidépresseurs

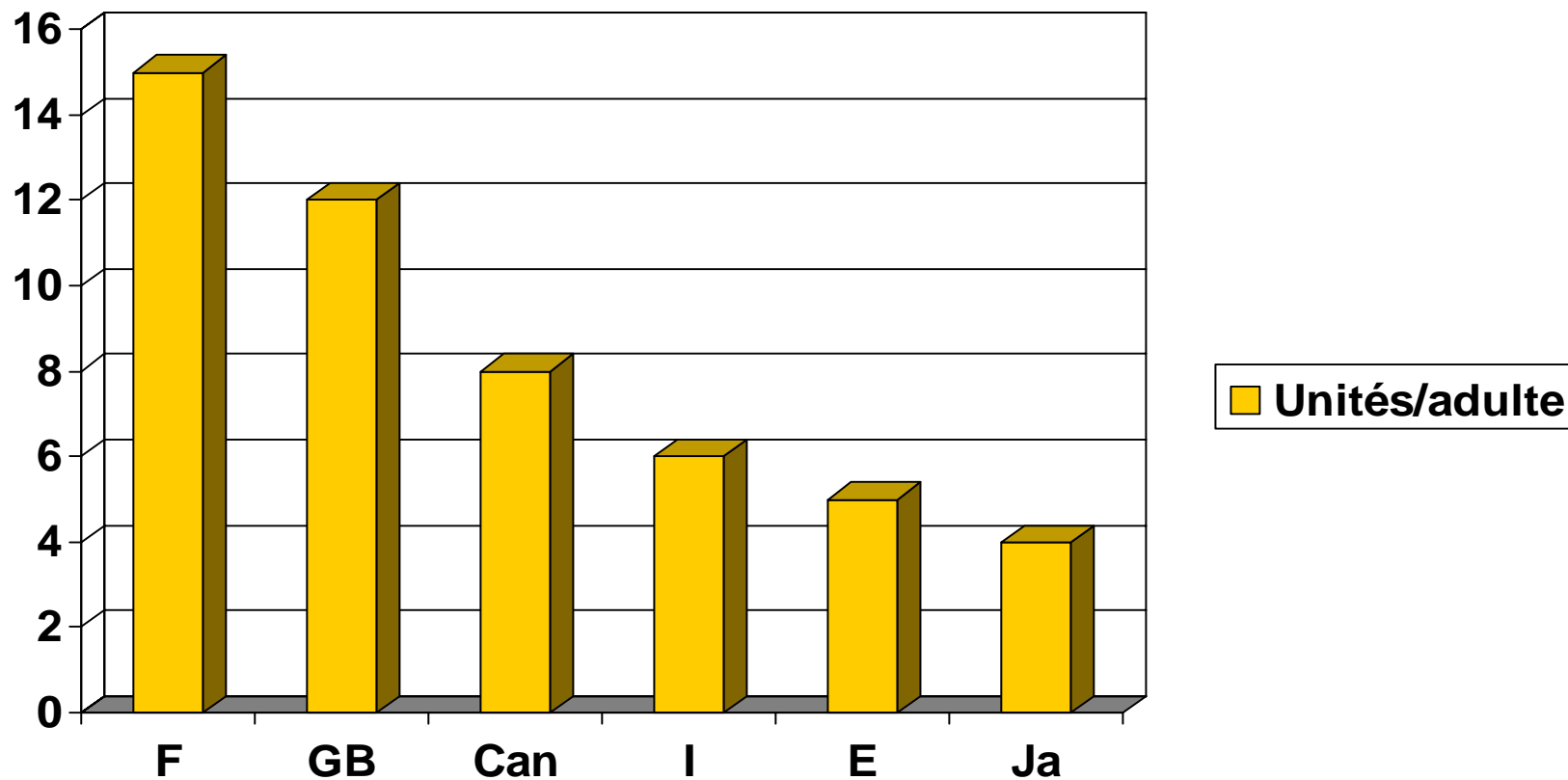
La surconsommation de tranquillisants et hypnotiques

- Première interpellations anglo-saxonnes :
Greenblat, Lader
- La France en retard: des rapports cependant:
 - Legrain (1990)
 - Zarifian (1995)
 - Baumann et al (2001)
- Une prescription plus qu'une automédication:
 - 90% de prescriptions
 - 10% d'automédications

Prescription Tranquillisants



Prescription hypnotiques



Prévalence des consommations de Tranquillisants et Hypnotiques

- Population générale :
 - Consommation quotidienne : 7%
 - Au moins une fois par an : 30%
 - Nb unité/j/habi : 0,14
- Médecine générale : 20%
- Médecine hospitalière : 35%
- Psychiatrie :
 - Ambulatoire : 77%
 - Hospitalière : 40%

Tranquillisants et Hypnotiques

□ Données CNAM :

- 25 millions d'ordonnances avec au moins une BZD
- 15% des ordonnances de MG contiennent au moins une BZD T
- 7% des ordonnances de MG contiennent au moins une BZD H
- 80% sont le fait des MG... parfois induits par spécialistes

Problèmes de la surconsommation française

- Associations de BZD
- Associations BZD - hypnotiques
- Associations BZD hypnotiques non BZD
- Durabilité des prescriptions
 - 70% des prescriptions sont initiées depuis plus de 5 ans
 - L'ancienneté des prescriptions augmente avec l'âge
- Élargissement des indications



Motifs de prescription des BZD T

- Anxiété : 22%
- Dépression : 25%
- Troubles du sommeil : 15%
- Autres troubles mentaux : 10%
- Autres indications : 28%

Motifs de prescription hypnotiques

- Troubles du sommeil : 40%
- Autres que troubles mentaux : 25%
- Dépression : 20%
- Autres troubles mentaux : 10%
- Anxiété : 5%

Surconsommation d'AD France

Baumann, Alla, Empereur, 2001

	Psych	Nlp	T	H	AD
H	4,6%	0,9%	2,8%	1,1%	1,6%
F	8,4%	0,2%	4,3%	1,3%	3,4%

AD Profil des Hommes

Baumann & al

- Facteurs professionnels :
Insatisfaction professionnelle
- Mauvais état de santé
- Pathologies somatiques actuelles
- ATCD EDM
- Scolarité primaire plus que supérieure

AD Profil des Femmes

Baumann & al

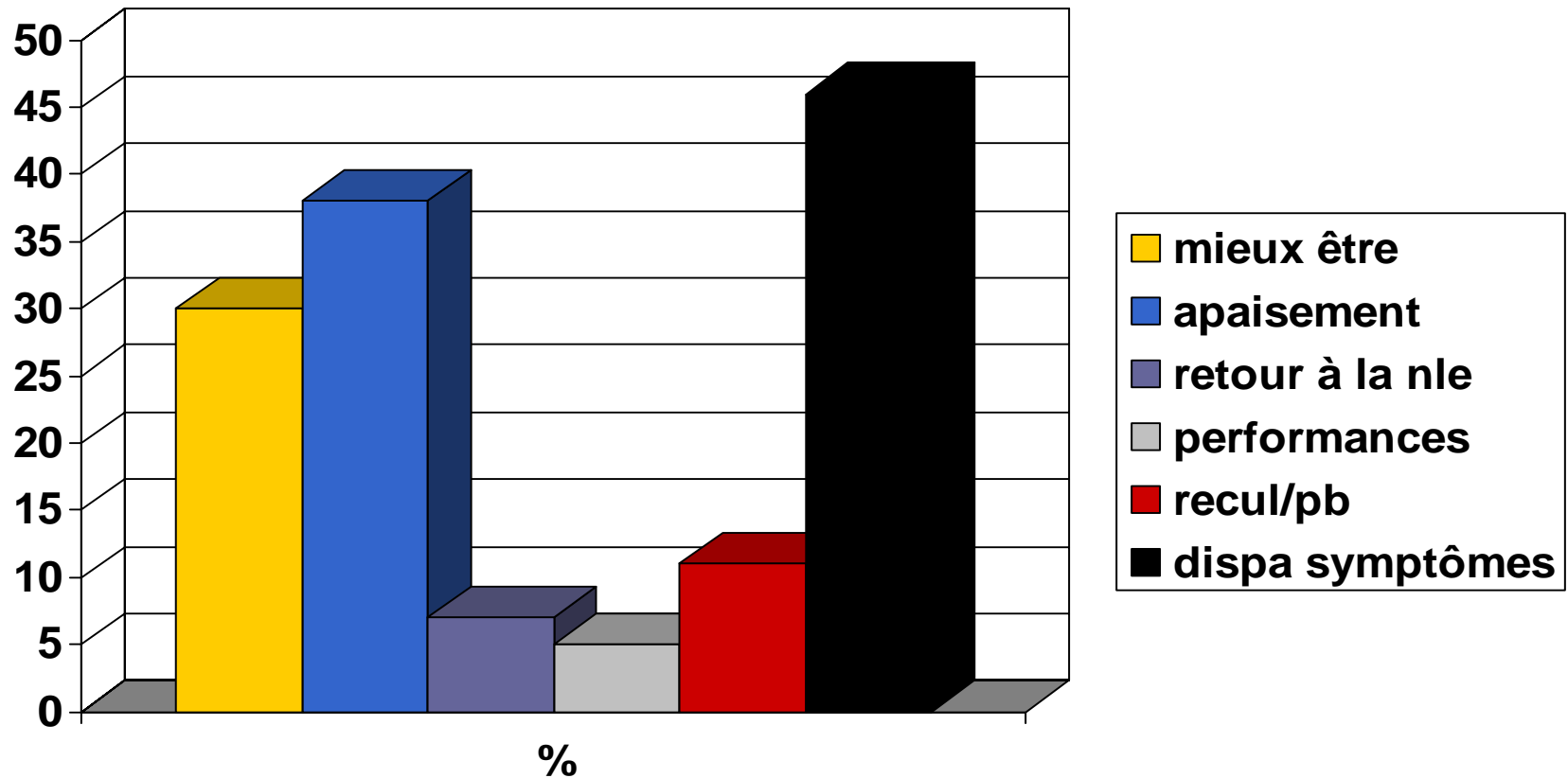
- Facteurs médicaux : Affection aiguë ou chronique évolutive
- ATCD de dépression
- Consommation d'autres médicaments, psychotropes ou non
- Aucune liaison au niveau d'étude
- Pas de liaison avec l'activité professionnelle

Caractéristiques des dépendants

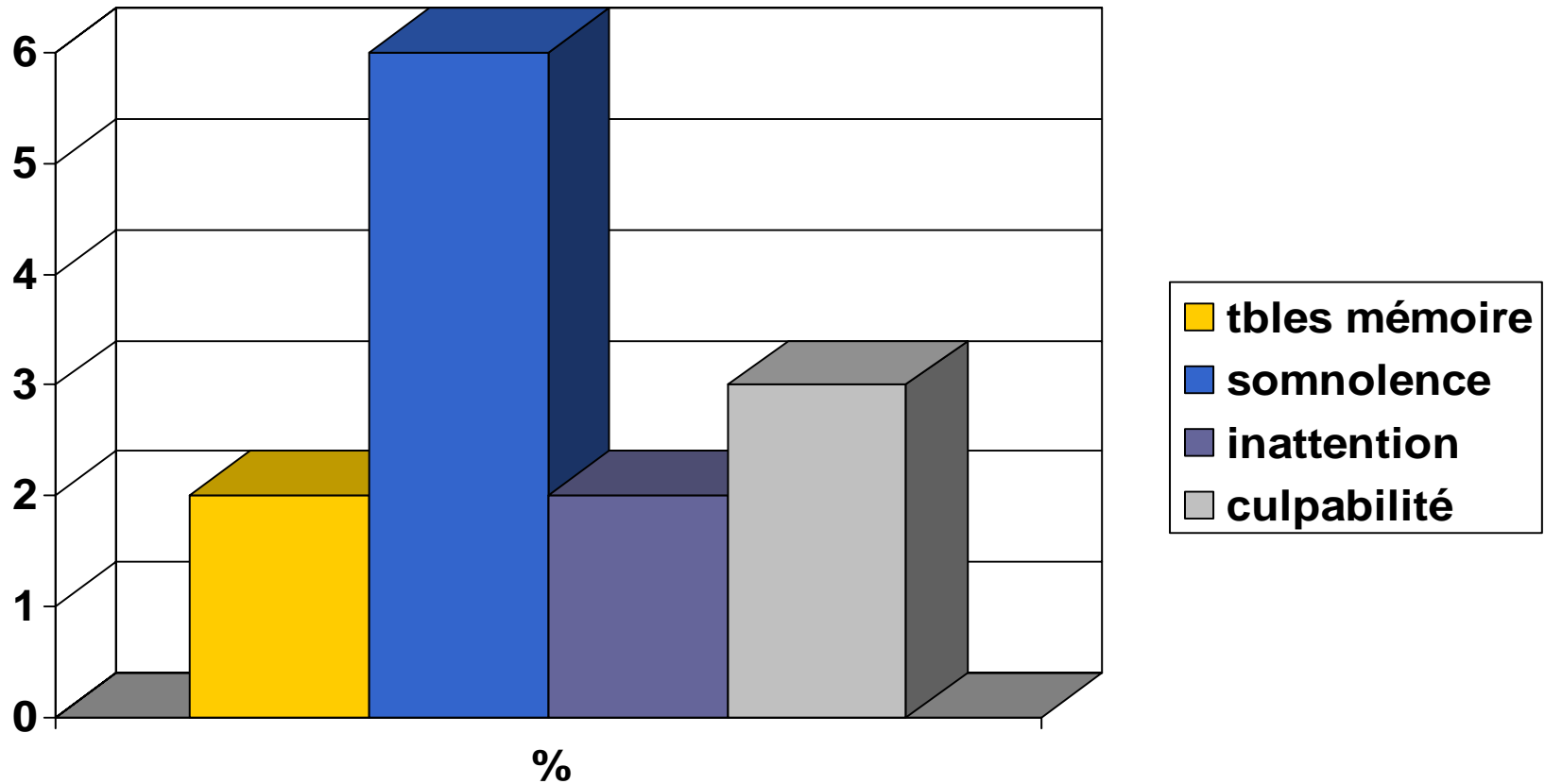
Baumann & al

- 2/3 sont des femmes vivant en couple
- Forte proportion de cadres, dépendants T et AD
- Population informée, attentive à sa santé
- Recherche de bien être et conscience du risque de dépendance
- Ambivalence : recherche de bien être et recherche de vivre sans aide du psychotrope
- Persistance de la consommation : recherche de « super-santé »
- Neutralisation des émotions et maîtrise des situations
- Le médecin est garant de la légitimité de la prise

Effets subjectifs positifs de la consommation



Effets subjectifs négatifs



Une addiction aux antidépresseurs ?

- Des définitions classiques et une critérisation (Goodman) opérantes partiellement
- Un paradoxe fondateur: des experts jugeant que les antidépresseurs entraînent peu de risques de dépendance et sont justifiés dans leurs indications à de fortes posologies pendant une période longue, des consommateurs redoutant les effets secondaires et notamment la dépendance en lien avec des représentations sociales attachées à ces produits
- Au final, la question de l'addictabilité reste obscure, de même que l'existence de critères prédictifs fiables. Seule une trajectoire continue de consommation apparaît précipiter le risque de dépendance

De nouvelles molécules...

- Deux classes impliquées: IRS et IRSNA
- Un enjeu économique considérable
- Un produit phare très médiatisé: le Prozac
- La dépression, un enjeu de santé publique
- Des molécules de plus en plus « parfaites »:
 - extensions d'AMM vers le traitement des troubles anxieux
 - Bonne tolérance et peu de contre-indications permettant un usage large

Psychotropes comme drogues

- Caractéristiques générales des psychotropes sélectionnés :
 - Tout psychotrope?
 - Impact :
 - récepteur GABA
 - Récepteur DA
 - Récepteur NA?
 - Récepteur 5 HT?

Caractéristiques pharmacocinétiques

- Pic précoce et élevé
- Importante biodisponibilité
- $T_{\frac{1}{2}}$ courtes
- Lipophilie : Passage complet et rapide de la barrière hémato-encéphalique



Psychotropes et alcool

- Fréquence des prises associées
- Fréquence des comorbidités
- TS ou cuites médicamenteuses associées
- Rapprochements biologiques
- Proximités psychologiques



Des pistes de réflexion

- Des comorbidités fréquentes
- Un profil pharmacologique commun à d'autres produits
- Des patients addictifs...

ETUDE URCAM

- Réalisée en 2000 par l'Urcam Poitou-Charentes et le service hospitalo-universitaire de Poitiers
- A la suite du rapport Zarifian
- Et de la constatation d'une progression annuelle de 6% de la consommation de nouveaux antidépresseurs
- H: Les français sont-ils surtraités en psychotropes ou insuffisamment pris en charge pour la dépression?

Objectifs de l'étude

- Connaître les consommateurs de nouveaux antidépresseurs de la région
- Apprécier la cohérence de la prescription/contexte clinique
- Vérifier l'application de la réglementation en matière de prescription d'antidépresseurs
- Agir auprès des prescripteurs et des patients pour obtenir l'adéquation de la prescription à la pathologie
- Isoler une catégorie spécifique de consommateurs au long cours d'antidépresseurs et en dégager les caractéristiques

Méthodologie

- Population ressource: bénéficiaires et ayants-droits du régime général et du régime des professions indépendantes de + de 15 ans et de - de 70 ans
- un premier volet économique sur un trimestre
- un second volet médical concernant 200 patients bénéficiant d'un ttt par ISRS ou IRSN. Recueil des données par questionnaire médical anonyme de 30 items: 11 items/ patients, 1 item/prescripteur, 18 items/prescription (1 item/MINI)
- Traitement des données par EPI INFO

Résultats: volet économique

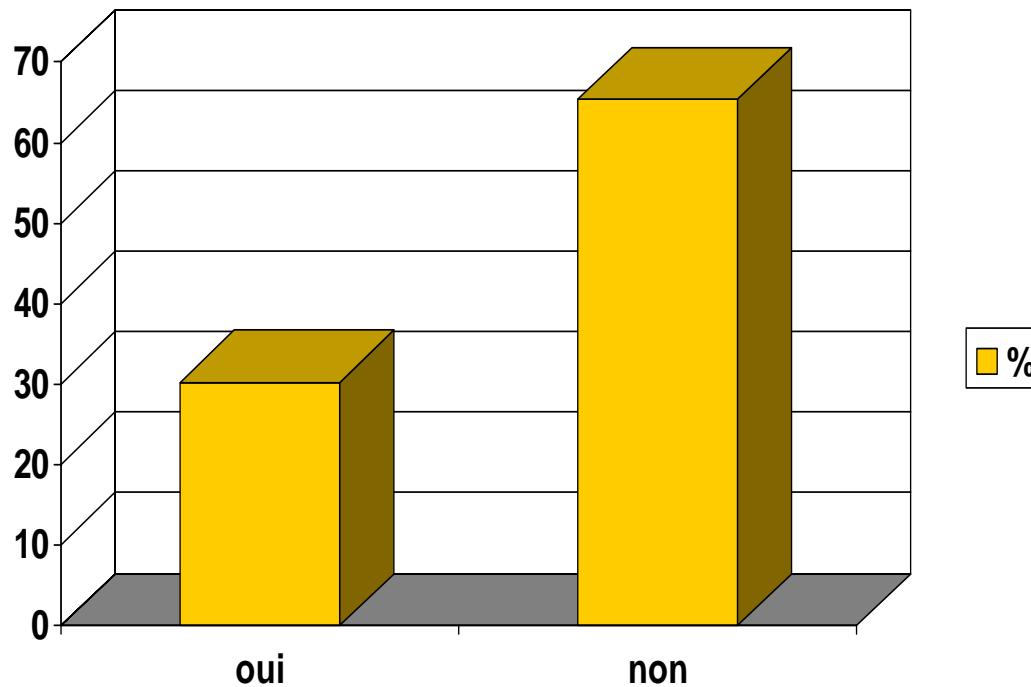
- Prescriptions AD = 26% des prescriptions de psychotropes
- 58,5% de prescriptions de molécules de nouvelle génération
- Un coût relatif important: 35% des montants remboursés pour cette classe de produits
- Deux produits nettement plus prescrits: Deroxat et Prozac
- 80% des prescripteurs sont les omnipraticiens

Résultats: volet médical

- Sexe: 2/3 femmes, 1/3 hommes
- Age moyen environ 49 ans
- 2/3 de sujets mariés
- 30% d'employés et 39% d'inactifs
- 2/3 vivent en milieu rural
- Les foyers de 1 à 2 personnes représentent plus de la moitié de l'échantillon

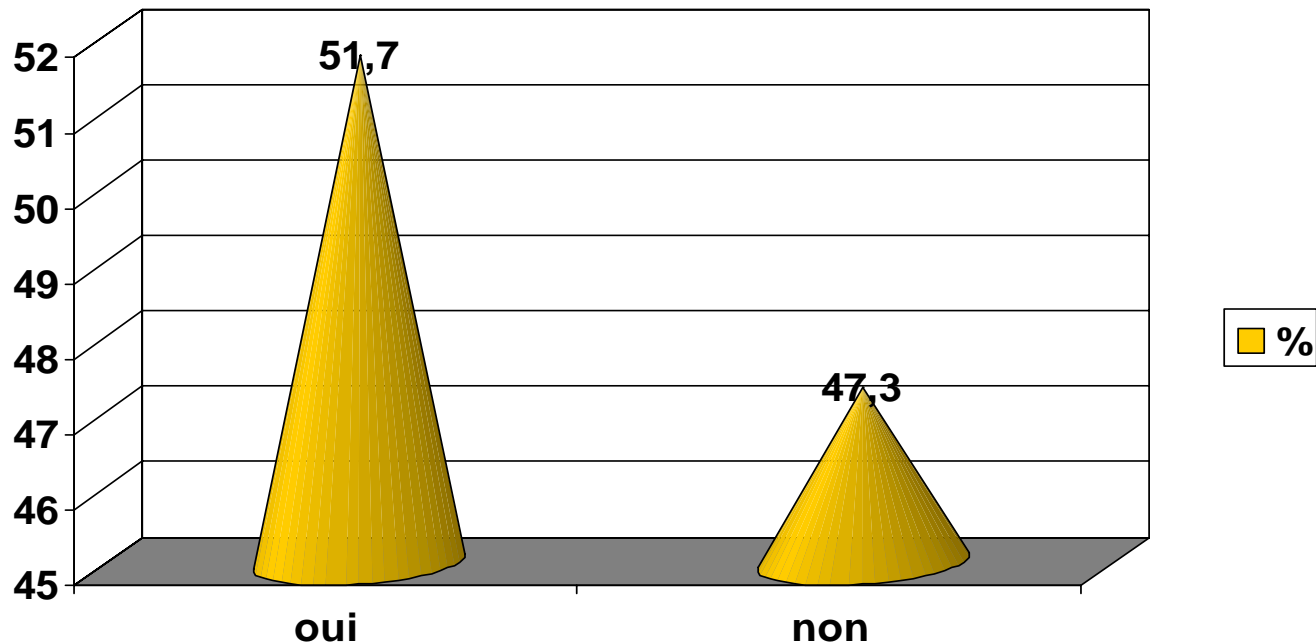
Résultats: volet médical

□ Antécédents psychiatriques familiaux



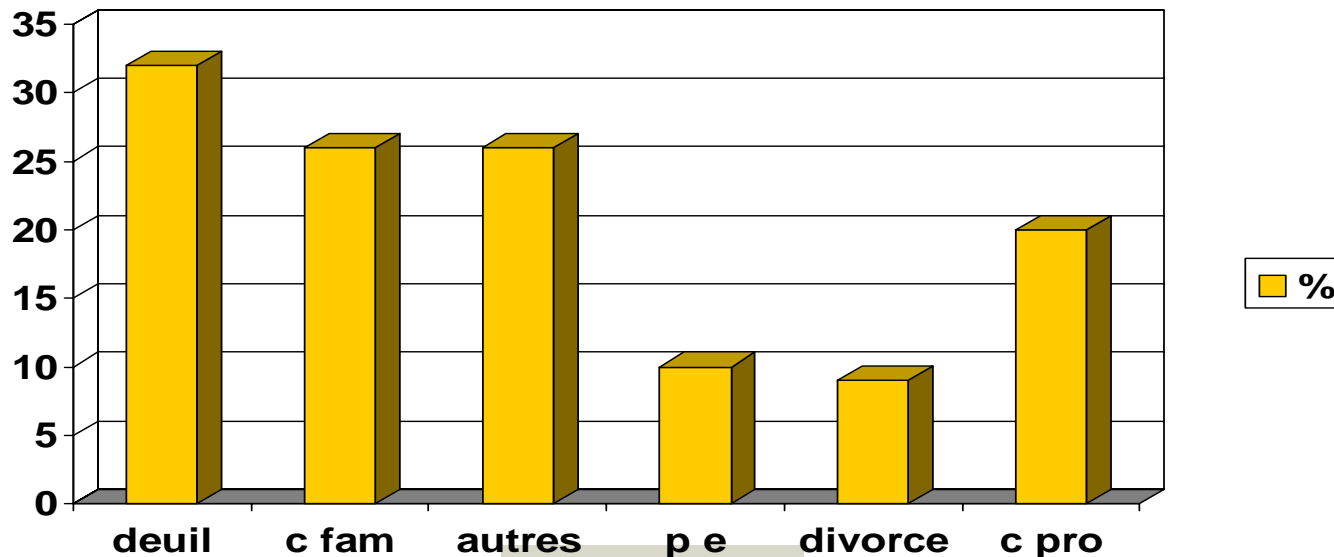
Résultats: volet médical

□ Antécédents psychiatriques personnels



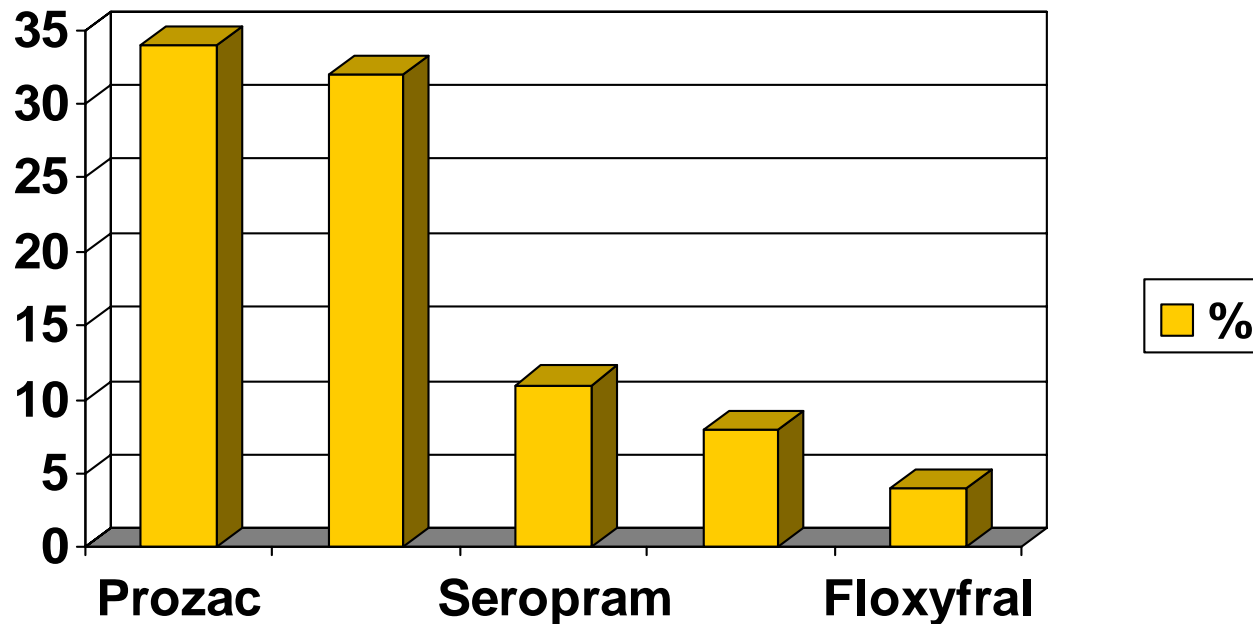
Résultats: Volet médical

- 1 patient sur 5 a déjà été hospitalisé en psychiatrie, la moitié ne l'a été qu'une fois
- Evénements marquants dans les deux dernières années



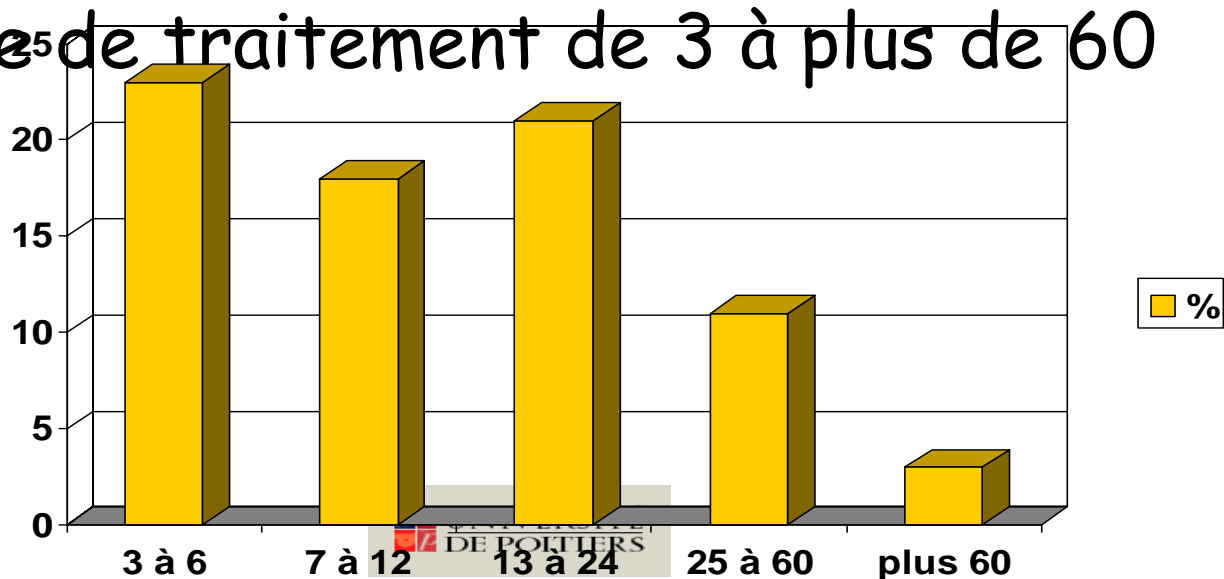
Résultats: volet médical

□ Spécialités prescrites



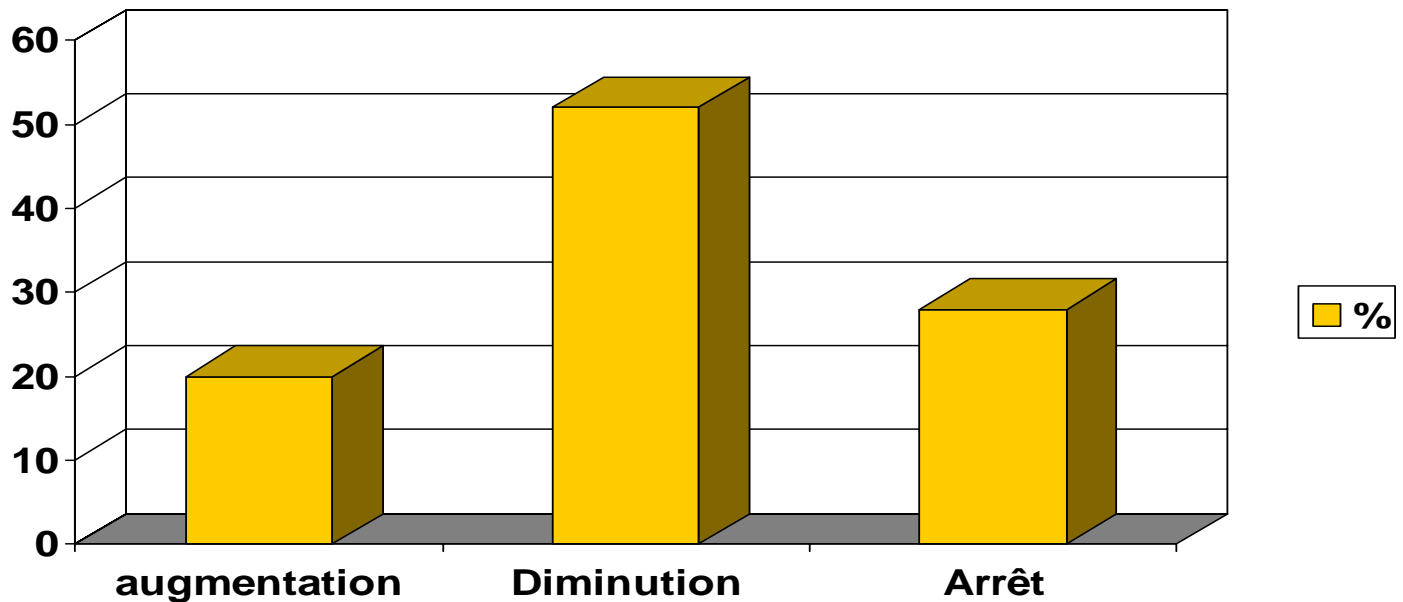
Résultats: volet médical

- Des prescriptions stables: 7,3% de changements de produits
- Les associations d'antidépresseurs sont rares
- Durées de traitement de 3 à plus de 60 mois



Résultats: volet médical

- 44% de modifications de posologie
- sens de la modification

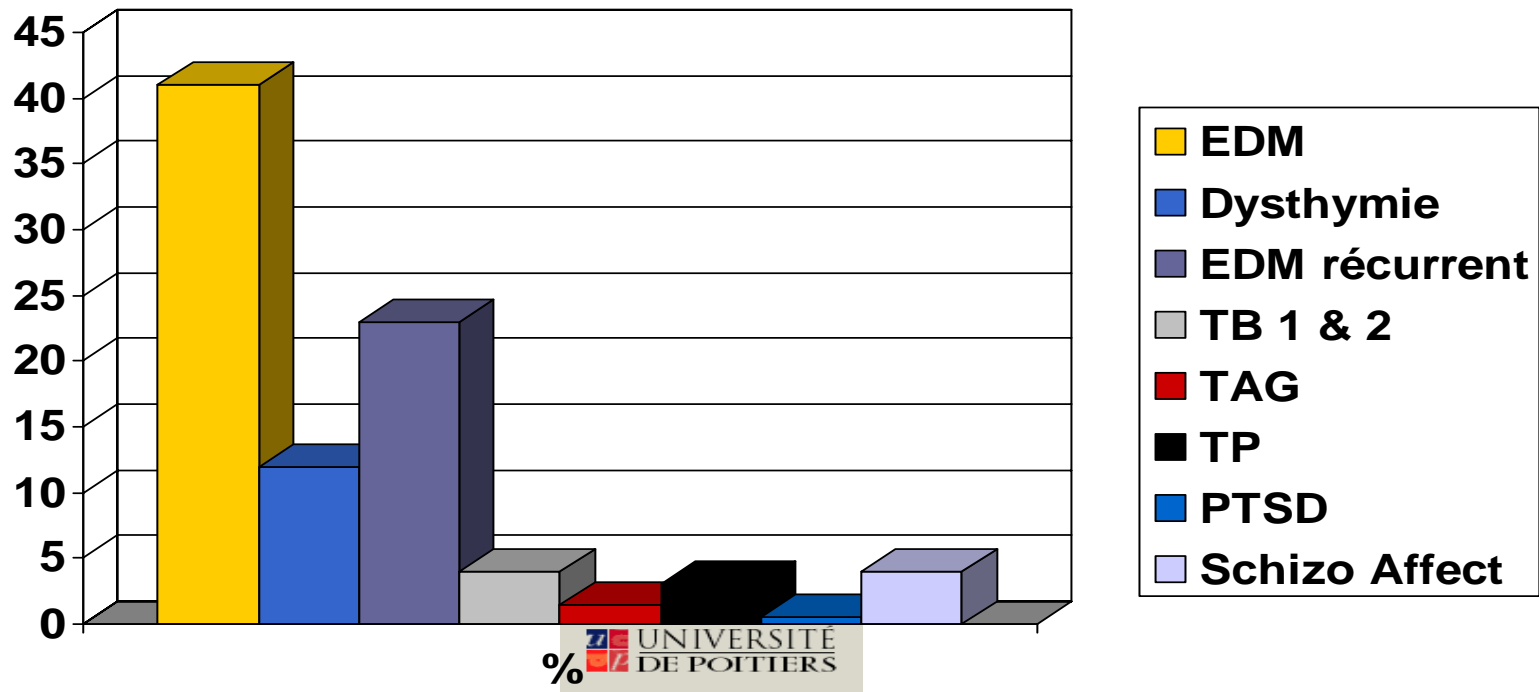


Résultats: volet médical

- 1/3 de patients ayant bénéficié de ttt antérieurs identiques. Dans 22% des cas, ces traitements ont duré 5 ans et plus.
- 18% des patients reçoivent leur traitement depuis plus de 6 mois après ce qu'ils considèrent être une nette amélioration clinique

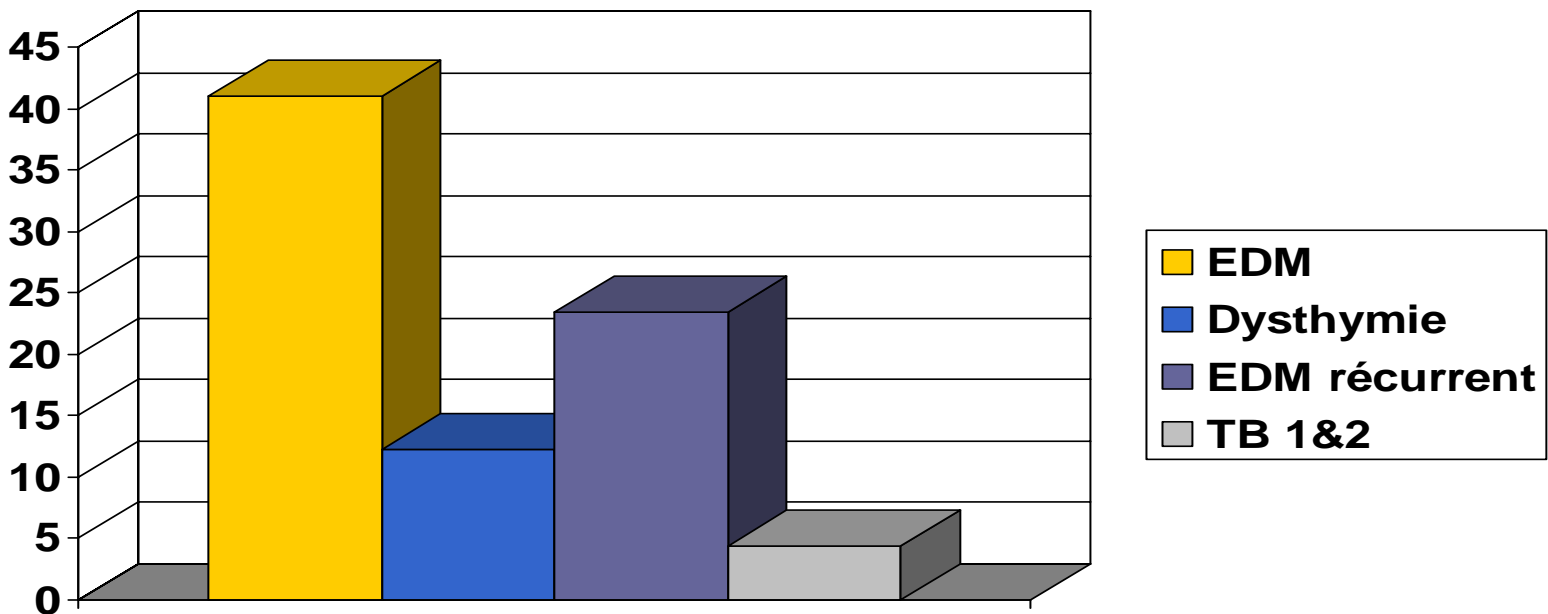
Résultats : volet médical

- Diagnostics principaux: 85% de troubles dépressifs



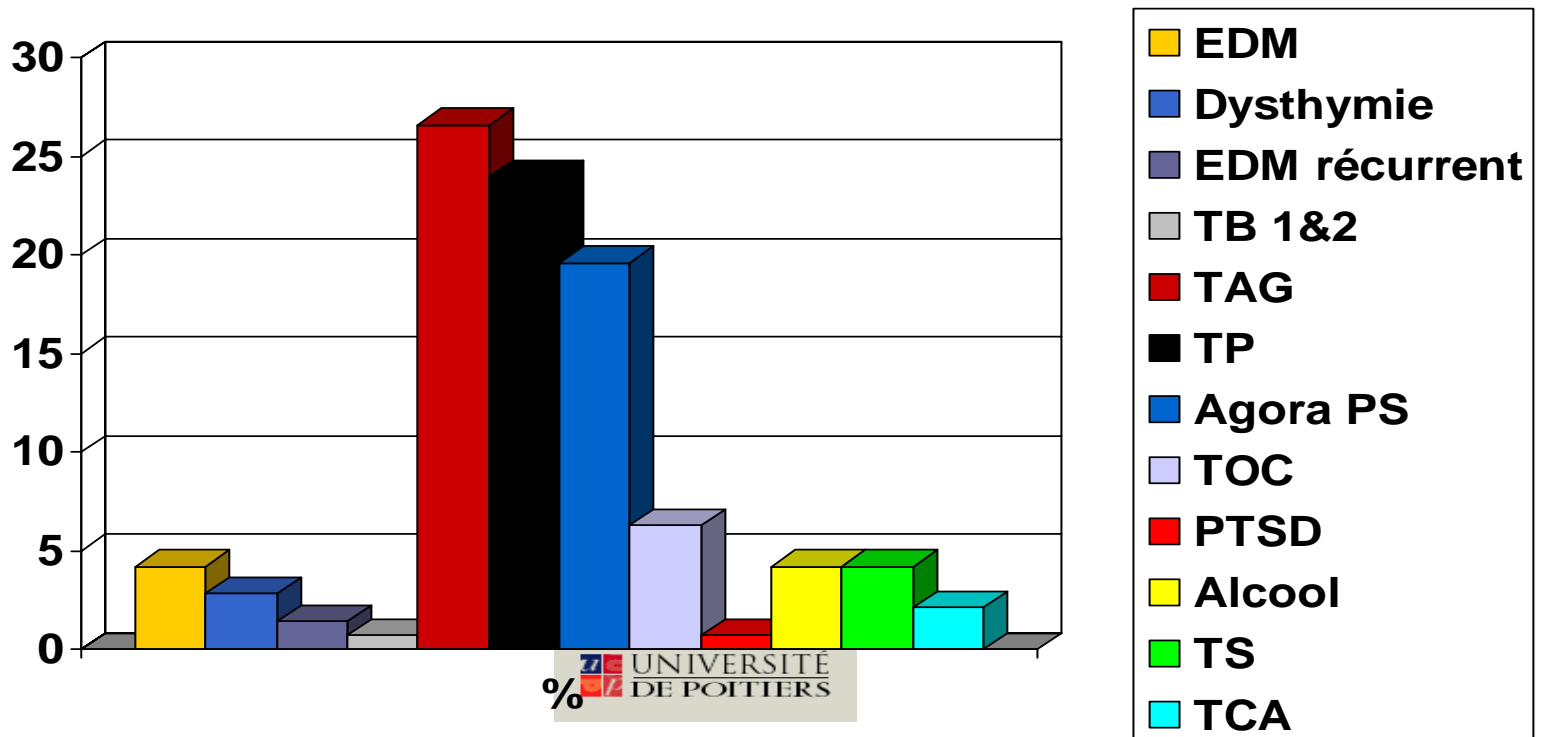
Résultats: volet médical

- Parmi ces troubles dépressifs, quatre catégories



Résultats: volet médical

- Diagnostics secondaires: forte prévalence des troubles anxieux



Résultats: volet médical

- La non conformité à l'AMM concerne 10% des prescriptions
- 72% des patients ont reçu un ou plusieurs médicaments psychotropes en association avec l'antidépresseur, le plus souvent il s'agissait d'un tranquillisant
- Les effets secondaires sont rares (25%) et bénins
- L'efficacité des produits est jugée bonne 3 fois sur 4

Résultats: volet médical

- Les autres mesures thérapeutiques associées concernent seulement la moitié des patients
 - 50% de psychothérapies de soutien
 - 55% suivi psychiatrique
 - 11% relaxation
 - 11% médecines parallèles
 - 5% psychothérapies analytiques

Consommateurs au long cours (traités de façon continue depuis + de 2 ans)

- prédominance féminine
- 2 fois sur 3 des antécédents psychiatriques personnels
- antécédents d'hospitalisations en psychiatrie 4 fois sur 10
- Diagnostic principal: dysthymie
- diagnostics secondaires: troubles anxieux (TAG, TP, phobie, TOC)
- 98% de conformité à l'AMM

Discussion

- Limites de l'étude: biais d'échantillonnage et de remémoration
- une étude dont les résultats sont conformes aux données classiques de la littérature sur ce thème.
- En revanche, le pourcentage de non conformité à l'AMM qui reste élevé est inférieur au chiffre de 25% de traitements abusifs précédemment avancé

dépendance aux antidépresseurs ?

- les traitements sont caractérisés par leur maniabilité, leur tolérance, leur efficacité mais aussi par l'insuffisance de la prise en charge psychologique de ces patients
- Complexité du tableau clinique et difficultés à isoler la dépression de son contexte névrotique
- deux produits particulièrement repérés

Dépendance aux antidépresseurs ?

L'ensemble de ces éléments concourt à penser qu'il n'existe pas un mais des profils de consommateurs à risque:

- sujets bénéficiant du traitement hors AMM
- sujets bénéficiant d'antidépresseurs depuis plus de 2 ans
- sujets bénéficiant d'une reconduction du traitement malgré une amélioration symptomatique depuis plus de 6 mois

Toutefois l'étude ne permet pas de conclure.

Des réflexions plus générales (1)

- La progression de la consommation est contemporaine du démembrement du concept de dépression; des limites obscures entre anxiété, dépression et malaise existentiel
- Ces conduites réalisent des particularités bien que s'inscrivant dans le champ des conduites addictives: absence de la dimension ordalique, recherche de bien-être favorisant l'adaptation sociale, inscription dans une relation singulière

Des réflexions plus générales (2)


- Ces conduites s'inscrivent dans un contexte social particulier qui a vu l'émergence conjointe des concepts de dépression et d'addiction.
- Un double intérêt soutenu par une double contrainte sociale: être conforme aux modèles proposés et s'appuyer sur ses propres ressorts internes pour décider et agir (Ehrenberg)?
- Au final, des consommations reliées à la pensée magique et prises dans des représentations sociales qu'il conviendrait d'éclairer

Conclusion (1)

- Des données de la littérature assez pauvres
- la clinique, le mode d'installation, les facteurs prédictifs ...restent incertains
- néanmoins, les trajectoires de consommation constitueraient des indicateurs de l'installation de la dépendance au produit
- Ces conduites semblent s'alimenter de la subjectivité du conflit névrotique et de l'émergence symptomatique appuyées à des contraintes sociales évolutives

Conclusion (2)

- Un recours privilégié au produit permettant l'accès au bien être, le médicament étant proposé une fois sur deux sans accompagnement psychothérapeutique?
- A terme, l'élaboration d'une clinique témoignant des singularités de ces conduites ne paraît pouvoir être délié de réflexions théoriques et de confrontations multidisciplinaires



Psychotropes utilisés comme drogues par les patients psychiatriques

Types de produits

- BZD : toutes
 - Tranquillisants BZD
 - Hypnotiques BZD : tous
- Tranquillisants non BZD
 - Méprobamate : très fréquent
 - Hydroxyzine : très rare
- Hypnotiques non BZD
- AD :
 - Dopaminergiques psychostimulants
- Tous psychostimulants et anorexigènes



Produits à risque possible

- Bupropion Zyban LP
 - DA
- Sibutramine : Sibutral
 - NA
 - 5HT

Psychotropes utilisés par le toxicomane

Produits utilisés par le toxicomane

□ BZD

- Forts dosages et prises cumulées

- Tranxène
- Rohypnol

□ Psychostimulants amphétaminiques

□ Psychostimulants correcteurs des NLP Artane, Parkinane

□ Produits de substitution

- Subutex

□ Peu d'utilisation des AD actuels



conduites pratiques en addictologie

- Principes généraux
- Réseaux et structures
- Rôle du médecin conseil

Philosophie du soin: une recherche d'alliance (1)

1. Conditions de la rencontre

- Du côté du déni
- Du côté de l'attente magique
- La demande représente le premier accès à un éventuel processus thérapeutique

2. Faire alliance: avec qui? Jusqu'ou?

- Avec le patient
- Par rapport à l'entourage
- Pas d'exigence de reddition

Faire entendre la part du patient que l'on entend pas..

La recherche d'alliance (2)

3. Information du patient

- sur les troubles et les facteurs d'auto-entretien et d'auto-renforcement
- Sur les possibilités thérapeutiques

4. Définition d'objectifs thérapeutiques

- Ne se limite pas à la disparition de la conduite addictive
- Thérapeute garant d'un projet de vie possible
- Les entretiens évaluatifs sont déjà thérapeutiques

Implications de la problématique de dépendance

- Le développement d'un espace psychique personnel doit être une priorité: redécouvrir des intérêts, des envies...
- La nécessité d'un travail avec la famille
- Intégrer la dépendance aux soins dans le travail thérapeutique

Nouage d'une relation aux soignants de type addictif

- Risque d'une dépendance initiale trop menaçante : instauration d'une pluralité, d'une distance
- Accepter pour les soignants une certaine dépendance
- Travailler sur la séparation

Propositions OMS en cas d'usage à risque

- Interventions brèves (1/4h à 1/2h)
 - Feed-back: faire retour au patient de ses difficultés avec l'alcool
 - Responsibility: responsabiliser le patient par rapport au problème
 - Advice: donner des conseils clairs
 - Menu: proposer des formules de soins
 - Empathy
 - Self Efficiency: croire à sa propre efficacité

Schéma général de traitement du patient dépendant

Pré-sevrage

Sevrage

Suivi

Motivationale

J0

J5

J8

M1

A1

A5

Obtenir l'abstinence

Maintenir l'abstinence

Hospitalier ou ambulatoire

Ambulatoire

Dépendance physique

Dépendance psychique, comportementale

Accompagnement ambulatoire

- Objectif: améliorer la qualité de la vie.
Pas de position catégorique
- L'entretien motivationnel
 - Susciter une prise de conscience
 - La travailler
 - Faire qu'elle soit suivie d'une décision de changement

Principes de l'entretien motivationnel

- Empathie
- Mettre en évidence les contradictions
- Éviter l'affrontement
- Ne pas forcer les résistances
- Respecter la liberté de choix
- Renforcer l'idée d'efficacité personnelle: le sujet est capable de choisir et de tenir bon dans son choix

Le cadre des soins

- Il est justifié par la fragilité narcissique et les carences d'intériorisation
- Il doit être rediscuté
- Il doit permettre l'articulation et la complémentarité des différentes approches thérapeutiques. D'où l'intérêt:
 - D'un réseau de soins
 - D'un référent global de la prise en charge

Sevrage

- Si trop précoce et mal préparé, facteur de découragement
- Selon les recommandations de l'ANAES:
 - Cf conférence de consensus

Contre-indications du sevrage ambulatoire (1)

□ Liées au produit

- Dépendance physique sévère
- Antécédents de complications graves du sevrage
- Échec d'une tentative loyale de sevrage ambulatoire

□ Somatiques

- Affection somatique
- Traitement en cours d'une affection somatique

Contre-indications du sevrage ambulatoire (2)

□ Psychiatrique

- Syndrome dépressif sévère associé
- Affection psychiatrique évolutive
- Dépendance à un autre produit psychoactif

□ Socio-

environnementales:

- Demande pressante d'un entourage familial ou professionnel
- Entourage non coopératif
- Processus de désocialisation

La rechute

- Probabilité inévitable
- Confirme le diagnostic
- Indicateur de l'action thérapeutique
- Abstinance et rechutes s'inscrivent dans le processus de remaniement symptomatique



Psychothérapies proposées

- Approches cognitives et comportementales
- Approches corporelles
- Psychothérapies analytiques
- Approches familiales

Théories cognitives et comportementales

- Intervention dans la dépendance de 5 types de facteurs:
 - Facteurs sociaux et d'entraînement
 - Facteurs sédatifs, évitement
 - Facteurs stimulants
 - Facteurs gustatifs et d'habitude
 - Facteurs de pharmacodépendance

Psychothérapies cognitives et comportementales

- Identification et restructuration cognitive
- Techniques utilisées:
 - Solution de problèmes
 - Prévention des rechutes
 - Déclenchement d'un comportement individuel
 - Anticipation du futur
- Entraînement à l'affirmation de soi et à l'expression des sentiments
- Techniques d'exposition

Approches corporelles

- Dans les formes les plus graves avec troubles de l'image du corps
- Permettent d'appriivoiser le corps persécuteur, de soutenir une réappropriation et une représentation du corps et de son fonctionnement
- Relaxation, psychomotricité, esthétique, vidéo...

Psychothérapies analytiques

- Mise en mots et en sens des expériences
- Reconstruction d'une histoire
- Construction d'un espace psychique personnel
- Nécessite des aménagements techniques: présence réelle du thérapeute, prudence interprétative, fonction contenantante du cadre+++

Approches familiales

- Thérapies systémiques ++
- Offrir un espace privilégié pour élaborer la problématique de séparation-individuation
 - Au niveau transgénérationnel
 - En s'appuyant sur la perspective de séparation annoncée

Place de la chimiothérapie

- Risques:
 - Céder à l'illusion du tout-tout de suite
 - Pratique d'incorporation
 - Dérive addictive
- Jamais en première intention et comme unique traitement
- Intérêt essentiellement des antidépresseurs (sauf pathologie psychiatrique) si dépression figée au cours d'une psychothérapie

Le réseau

- Constitue à un moment donné et sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé prenant en compte les besoins de l'individu et les possibilités de la communauté
- Il ne se décrète pas, il s'invente
- La parole de l'utilisateur est égale à la parole du sanitaire
- Pas rationnel et didactique mais permet l'émergence de connaissances

Intérêts majeurs

- Actualisation des connaissances
- Réflexions sur la cohérence des prise en charge
- Rencontres entre professionnels
- Fonction mobilisatrice
- Partager l'expérience avec autorités administratives, sanitaires et ordinales
- Éclairer les représentations des partenaires
- Mettre en place des outils d'évaluation et de formation

Le réseau

- Le réseau comme nouvelle institution?
 - Un lieu de créativité
 - Mieux se connaître pour mieux s'utiliser
 - Se créer des outils communs
 - L'intervision, un lieu pour échanger



Partenariat

- Pharmacien
- Centres spécialisés
- Groupes de patients
- CDSTS
- Partenaires médicaux
- Partenaires sociaux
- Partenaires psychosociaux
- Partenaires judiciaires



pharmacien

- Acteur essentiel
- Nécessité d'un cadre et d'une organisation
- Accompagnateur des soins
- orientateur

Centres spécialisés toxicomanie aux opiacés

- Centres de consultations
 - CSST
 - 250 structures en France
 - Soins anonymes et gratuits
 - Associatives, convention DDASS
- Post-cures
 - Peu de places
 - Séjours longs
- Boutiques populations très précarisées
- Dispositifs complémentaires (appartements thérapeutiques, familles d'accueil..^o)

CDSTS

- Comité départemental de suivi des traitements de substitution
- Présidé par la DDASS
- Médecins et pharmaciens, CPAM, représentants ordinaires
- Structure informelle

Concernant la toxicomanie aux psychotropes...

- Centres de consultations spécialisés balbutiants
- Peu voire pas de post-cures
- Groupes de patients???
- Importance +++ des partenaires médicaux, sociaux et psychosociaux

Évaluation critique

- Un cloisonnement encore étanche entre les différents dispositifs de prise en charge
- Ce cloisonnement est en partie lié à des représentations sociales séparées des différentes addictions
- Séparation de fait des lignes budgétaires
- Des difficultés à faire des liens...
- Des aspects de la dépendance parfois négligés par des équipes spécialisées (toxicomanies médicamenteuses++)

Evaluation critique

- Des soins souvent tournés vers les sujets dépendants et peu vers les sujets abuseurs (jeunes adultes++)
- Une adaptation encore imparfaite aux nouvelles formes de toxicomanies
- Des carences médicales: problèmes des formations, nécessité valoriser enseignement recherche, organisation hospitalière, rareté des cs, absence de structure concernant toxicomanies médicamenteuses

Des nécessités

- Disposer d'outils de prévention et d'information efficaces et coordonnés
- Réseaux
- Equipes ambulatoires spécialisées
- Unités hospitalières
- Addictologie de liaison....

En conclusion...

- Instaurer une relation thérapeutique
- Le sujet addictif sujet de sa décision et non objet de désignation
- Une indispensable renarcissisation
- De la nécessité d'une certaine humilité...
- Le travail en liens apparaît central